

JAMES RUSSELL.



DE
LA MÉDECINE OPÉRATOIRE.

T. I.

Décret de la Convention nationale concernant les Contrefacteurs, rendu le 19 *juillet* 1793, *l'an 2e. de la République.*

La Convention nationale, après avoir entendu le rapport de son Comité d'instruction publique, décrète ce qui suit :

Art. 1. Les Auteurs d'écrits en tout genre, les Compositeurs de Musique, les Peintres et Dessinateurs qui feront graver des Tableaux ou Dessins, jouiront durant leur vie entière du droit exclusif de vendre, faire vendre, distribuer leurs Ouvrages dans le territoire de la République, et d'en céder la propriété en tout ou en partie.

Art. 2. Leurs héritiers ou Cessionnaires jouiront du même droit durant l'espace de dix ans après la mort des auteurs.

Art. 3. Les officiers de paix seront tenus de faire confisquer, à la réquisition et au profit des Auteurs, Compositeurs, Peintres ou Dessinateurs et autres, leurs Héritiers ou Cessionnaires, tous les Exemplaires des Éditions imprimées ou gravées sans la permission formelle et par écrit des Auteurs.

Art. 4. Tout Contrefacteur sera tenu de payer au véritable Propriétaire une somme équivalente au prix de trois mille exemplaires de l'Édition originale.

Art. 5. Tout Débitant d'Édition contrefaite, s'il n'est pas reconnu Contrefacteur, sera tenu de payer au véritable Propriétaire une somme équivalente au prix de cinq cents exemplaires de l'Édition originale.

Art. 6. Tout Citoyen qui mettra au jour un Ouvrage, soit de Littérature ou de Gravure dans quelque genre que ce soit, sera obligé d'en déposer deux exemplaires à la Bibliothèque nationale ou au Cabinet des estampes de la République, dont il recevra un reçu signé par le Bibliothécaire ; faute de quoi il ne pourra être admis en justice pour la poursuite des Contrefacteurs.

Art. 7. Les héritiers de l'Auteur d'un Ouvrage de Littérature ou de Gravure, ou de toute autre production de l'esprit ou du génie qui appartiennent aux beaux-arts, en auront la propriété exclusive pendant dix années.

Je place la présente Édition sous la sauve-garde des Loix et de la probité des Citoyens. Je déclare que je poursuivrai devant les Tribunaux tout Contrefacteur, Distributeur *ou* Débitant *d'Édition contrefaite. J'assure même au Citoyen qui me fera connoître le* Contrefacteur, Distributeur *ou* Débitant, *la moitié du dédommagement que la Loi accorde.* Paris, ce 10 Ventôse, l'an 3e de la République Françoise, une & indivisible.

Buisson

DE LA MÉDECINE OPÉRATOIRE,

OU

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DES OPÉRATIONS DE LA CHIRURGIE,

AVEC DES PLANCHES EN TAILLE-DOUCE.

PAR PIERRE LASSUS,

Professeur à l'École de Santé de Paris.

> Chirurgia non quidem medicamenta atque victus rationem omittit, sed manu tamen plurimùm præstat : estque ejus effectus inter omnes Medicinæ partes evidentissimus.
>
> AU. CORNEL. CELSUS. *Præfat. lib.* 7.

TOME PREMIER.

A PARIS,

Chez BUISSON, Libraire, rue Hautefeuille, N°. 20.

AN 3e. DE LA RÉPUBLIQUE.

AVERTISSEMENT.

IL étoit nécessaire de publier un nouveau Traité de l'Art qui guérît les maladies par l'opération de la main. Il falloit rassembler les découvertes des Modernes, comparer leurs observations avec celles des Anciens, former un corps de doctrine, et le donner aux jeunes Praticiens comme le terme de nos connoissances actuelles, comme l'abrégé de ce qui est épars dans un grand nombre de Livres écrits pour la plupart en langues étrangères. Tel a été le but que je me suis proposé d'atteindre en écrivant cet Ouvrage. Il eût été trop volumineux, si traitant chaque matière à fond, et l'épuisant pour ainsi dire, j'eusse fait à l'exemple de quelques Auteurs autant de volumes que de chapitres. Je n'ai pas eu l'intention de rebuter le Lecteur par une nourriture aussi forte. Je lui en

présente une que je crois substantielle; mais beaucoup plus légère. Les Ouvrages qui ont paru dans ce siècle sur la même matière ont eu, pour ainsi dire, une vieillesse prématurée, signe évident des progrès rapides de la Science. Je desire que celui-ci ait le même sort.

Il y a dix-huit cents ans que Celse a dit que toutes les parties de l'Art de guérir sont tellement unies et enlácées les unes avec les autres, qu'il est impossible de les détacher et de les isoler, sans déchirer et dépecer l'Art lui-même. C'est parce que cette vérité est incontestable, c'est parce que l'Art est indivisible par sa nature, qu'on a mis à la tête de ce Livre le mot de Médecine opératoire, synonyme de celui de Chirurgie, afin de faire sentir que l'arbre de la Science ne donne ni fleurs ni fruits, lorsqu'on en arrache les branches.

INTRODUCTION.

LA Chirurgie est l'art de guérir les maladies du corps humain par l'opération de la main, par les médicaments et par la diete ou régime de vie. L'application méthodique de la main du chirugien seule, ou armée d'un instrument, sur le corps de l'homme, pour lui rendre la santé est ce qui constitue une opération de chirurgie. La plupart des auteurs anciens ont pensé que toutes les opérations pouvoient être partagées en quatre classes et qu'elles se réduisoient à réunir ce qui est divisé, à diviser ce qui est uni, à extraire un corps étranger et à ajouter quelque machine, ou instrument pour suppléer à la partie qui manque, ou qui a été détruite : et c'est ce qu'ils ont nommé synthèse, diérése, exérèse et prothèse.

Il est plus utile de savoir en quoi consiste l'opération qu'on se propose de faire,

pourquoi on la fait, si elle est nécessaire et quelle est la meilleure manière de la faire. Lorsqu'une opération est nécessaire, elle doit-être faite avec méthode et dextérité. Cette dextérité ne peut être que le résultat de l'habitude et des connoissances que le chirurgien a préliminairement acquises en anatomie et en pathologie. Il doit avoir vu souvent opérer ceux qui ont une réputation méritée de savoir et d'habileté et s'être souvent exercé lui même à faire des opérations sur les cadavres. Il doit toujours, avant que de procéder à une opération grave se faire les questions suivantes.

Quel est le malade? est-ce un vieillard, ou un enfant, est ce une personne foible, ou robuste, d'un bon, ou d'un mauvais tempéramment? quelle est la maladie? quel est son caractère, son siége, est-elle ancienne, ou récente, simple, ou compliqué d'accidents?

Où faut-il opérer le malade? est-ce dans son lit, ou sur une chaise?

Par quels moyens viendra-t-on à bout de bien opérer et de guérir le malade ? de quel instrument doit-on se servir, comment doit-il être construit, quels sont les médicaments que l'on doit administrer ?

Pourquoi fait-on l'opération ? est elle d'une nécessité indispensable, n'expose on pas le malade au danger de perdre la vie, ne seroit il pas plus avantageux pour lui de vivre avec sa maladie que de courir les risques d'une opération incertaine ?

Comment faut-il opérer ? Quel est le meilleur procédé à suivre, est-il toujours le même, ne doit il pas varier selon les circonstances ? Quand faut-il opérer, Le tems est-il d'élection ou de nécessité, l'opération doit-elle être faite sur le champ ou peut-elle être différée ? Le malade a-t-il besoin d'être préparé par des remèdes, ou cette préparation est elle inutile ?

Le temps de l'opération étant fixé, il est encore nécessaire de savoir ce qu'il faut faire avant, pendant et après. Avant que

d'opérer, il faut avoir égard au lieu que le malade occupe et à la température de l'air qu'il respire. Il ne doit point coucher dans une chambre froide, humide, exposée au bruit, elle doit avoir un courant d'air libre, être plus grande que petite, et surtout bien éclairée si l'on fait l'opération de la cataracte, celle de la taille : il faut avoir de l'eau froide, du vin pour en faire boire au malade, et du vinaigre pour le lui faire respirer s'il se trouve mal. L'appareil sera préparé et les instrumens seront rangés par ordre sur un plat couvert d'un linge, afin d'en dérober la vue au malade et aux assistans.

Pendant l'opération, le chirurgien mettra en pratique les règles de l'art relativement au cas particulier pour lequel il opère, il fera tout ce qui est nécessaire pour guérir celui qui se met entre ses mains, sans s'effrayer de ses cris et sans trop se presser, afin d'inciser autant qu'il est nécessaire : il ne doit cependant pas négliger de l'en-

courager en lui faisant espérer un prompt soulagement.

L'opération faite, le chirurgien doit remédier à l'hémorrhagie ou la prévenir par l'application méthodique de son appareil, si elle est à craindre : il doit porter l'attention sur tous les objets qui peuvent concourir à une prompte guérison, prescrire un régime convenable, veiller à la salubrité de l'air, donner à la partie malade une situation commode, calmer à l'aide de l'opium, la douleur et les convulsions qui surviennent après une grande opération faite à des personnes d'une constitution irritable.

Telles sont les règles générales que la chirurgie adopte relativement aux opérations. Quant aux instrumens qui servent à les faire, ce sont des moyens mécaniques dont le mérite consiste essentiellement dans l'intelligence de celui qui s'en sert. On les a beaucoup multiplies. Si l'on parcoure la collection nombreuse qu'ils for-

ment sous le nom d'arsenal, et si l'on examine les motifs d'après lesquels on les a construits, on ne trouvera qu'une richesse factice, une abondance stérile, et l'on sera tenté de croire qu'on a eu l'intention de faire faire à l'instrument l'opération par un procédé purement mécanique, au lieu de la confier à l'intelligence et à la dextérité de l'opérateur. Ils sont pour la plupart comme ces médicaments que l'on trouve dans les pharmacies, étalés plutôt pour la pompe que pour l'utilité, dont on ne fait usage dans bien des circonstances que sur parole, par routine et non à cause de leur efficacité. Les instruments sont d'autant meilleurs qu'ils sont plus simples. Nos doigts sont nos premiers instruments, mais le génie qui est la source des lumières est l'instrument universel.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DES OPÉRATIONS DE LA CHIRURGIE.

CHAPITRE PREMIER.

De la réunion des Plaies.

Une plaie est une solution de continuité récente faite par un instrument tranchant. Cette solution est longitudinale, oblique ou transversale, profonde ou superficielle, simple ou compliquée d'hémorrhagie, de perte de substance, de contusion, de la présence d'un corps étranger.

Il ne s'agit ici que de la cure des plaies simples, quelque soient leur direction et leur profondeur. Dans ce cas, il faut en rapprocher les bords et les maintenir dans un contact mutuel, afin que la nature puisse en opérer la réunion. Avant que d'employer les moyens par lesquels on maintient les lèvres d'une plaie rappro-

chées, on la nettoyera avec une éponge et de l'eau tiède, afin de ne laisser entre ses bords aucun corps étranger capable de s'opposer à la réunion, tel que du sang coagulé, des poils, des portions de vêtement, des brins de charpie. Si la plaie est transversale et profonde, on en favorise le rapprochement en donnant à la partie blessée une situation convenable d'après les connoissances anatomiques qui doivent servir de règle en pareille circonstance : cette situation aide à mettre en contact les muscles ou les tendons divisés transversalement, en les tenant dans la flexion ou dans l'extension, d'après l'usage connu auquel ils sont destinés.

On rapproche les lèvres d'une plaie avec les doigts et on les maintient rapprochées ; 1°. Par l'application d'un emplâtre agglutinatif ; 2°. Par un bandage dit unissant ; 3°. Par la suture que l'on nomme entre coupée. De tous les moyens par lesquels on a tenté de procurer la réunion d'une plaie, la suture est celui qui a été le plus souvent employé par les premiers maîtres de l'art. Cette opération étoit vulgaire dès le temps d'Hippocrate. Celse en a conseillé indistinctement l'usage dans toutes les plaies simples, quel-

que soient leur direction et leur profondeur. Ce n'a été qu'après avoir abusé de ce moyen curatif pendant une longue suite de siècles, qu'on a enfin reconnu qu'on ne devoit point s'en servir lorsqu'il étoit possible de maintenir les lèvres d'une plaie rapprochées par la situation méthodique de la partie blessée, par l'application d'un emplâtre agglutinatif, et par celle du bandage dit unissant. L'expérience a encore prouvé que la suture cause de la douleur, de l'inflammation, du gonflement et une forte rétraction dans les muscles divisés. Plus ces muscles coupés transversalement sont forts, plus il est difficile de les maintenir rapprochés par des points de suture qui n'agissent que sur les lèvres de la plaie. Il a fallu, après avoir fait des points de suture, s'aider encore de s'application de l'emplâtre agglutinatif, du bandage unissant et de la situation méthodique donnée à la partie blessée. Malgré tous ces secours, on a vu les lèvres de la plaie déchirées ou coupées lentement par l'anse du fil qui les traversoit. Il a été bien évident que la suture ne s'opposoit point à la rétraction musculaire, qu'elle la favorisoit au contraire par l'irritation qu'elle produisoit, et que l'action qu'elle

exerçoit sur les lèvres d'une plaie, n'étoit point supérieure à la force rétractive des muscles divisés. On s'est donc désabusé peu à peu, et l'on a reconnu la possibilité de guérir sans suture des plaies transversales et profondes, par la situation convenable, le repos absolu de la partie blessée, l'application des emplâtres agglutinatifs et le bandage roulé. C'est donc avec raison qu'on ne fait plus aujourd'hui de points de suture aux plaies transversales et obliques des extrémités, quelque soit leur profondeur. On sait depuis long tems qu'on n'en doit point faire aux plaies de tête, aux plaies de poitrine et à celles des articulations, parce que ces parties offrent un point d'appui suffisant pour la réunion, parce qu'il n'y a point, comme dans une plaie transversale de la cuisse ou du bras, de rétraction musculaire à vaincre, et parce qu'il est toujours possible, abstraction faite des inconvéniens qui résulteroient de la suture, de maintenir ces plaies réunies par les emplâtres agglutinatifs et le bandage.

Quant à celles qui sont longitudinales, il est toujours facile, quelque profondes qu'elles soient, d'en procurer la réunion par les moyens qui viennent d'être indiqués.

Aussi la suture y convient-elle encore moins qu'aux plaies transversales.

Cette opération ne se fait plus aujourd'hui que dans trois cas différens, celui du bec de lièvre, celui de l'opération césarienne d'où résulte une très-grande plaie longitudinale, et enfin celui d'une plaie à un intestin dont on ne croit pouvoir réunir les lèvres que par la suture dite du pelletier. Tels sont les seuls cas dans lesquels les praticiens actuels croyent devoir faire encore l'opération de la suture. Nous examinerons, en traitant chacun de ces articles, les motifs sur lesquels cette pratique est fondée.

De tous les emplâtres agglutinatifs, le taffetas gommé qui se fait avec la colle de poisson dissoute dans de l'eau, est le meilleur, en ce qu'étant appliqué sur les lèvres d'une plaie que l'on a rapprochées, il les empêche de s'éloigner par sa grande ténacité, sans avoir l'inconvénient d'irriter et de rougir la peau. On se détermine, d'après la direction et l'étendue de la plaie, à donner à l'emplâtre une forme convenable; il faut d'abord raser la partie, mouiller le taffetas avant que de l'appliquer, et en couper une bande assez longue pour qu'elle s'attache

à la peau de fort loin. Si elle étoit trop courte, elle se détacheroit et ne maintiendroit point les lèvres de la plaie rapprochées. Lorsqu'il est nécessaire de mettre plusieurs de ces bandes emplastiques, la première doit être posée sur le milieu de la plaie, et les autres au-dessus et au dessous. L'un des bouts de l'emplâtre étant appliqué, on rapprochera les deux lèvres, et lorsqu'elles seront en contact, on appliquera du côté opposé l'autre bout de l'emplâtre : on mettra ensuite une compresse que l'on maintiendra par quelques tours de bande dirigés de manière à produire l'effet d'un bandage unissant ; on ne levera cet appareil que le quatrième ou cinquième jour de son application, temps suffisant pour obtenir la cicatrisation d'une plaie que l'on suppose toujours être simple. Il faut avoir la précaution en ôtant les emplâtres, de les humecter avec de l'eau tiède, d'en détacher doucement les bouts, chacun en sens contraire, jusqu'à l'endroit de la cicatrice, afin de ne point la déchirer lorsqu'elle est encore tendre. Cette manière de procurer la réunion d'une plaie à l'aide d'un emplâtre agglutinatif se nomme suture sèche ou suture fausse, pour la distinguer

de la suture vraie ou sanglante qui se fait avec une éguille et du fil ciré.

Quant à la forme du bandage, elle doit nécessairement varier relativement à la situation et à la figure de la plaie. C'est au praticien à combiner avec intelligence les avantages de telle ou telle position à donner à la partie blessée, de l'application du bandage faite de telle ou telle autre manière dans le nombre presque infini de cas qui peuvent se présenter. Il est impossible de les décrire tous, et l'on ne peut à cet égard donner que des règles générales. Dans une plaie transversale et profonde de la partie antérieure de la cuisse, par exemple, on mettra le membre dans l'extension, les lèvres de la plaie seront maintenues rapprochées avec un emplâtre agglutinatif; on étendra mollement de la charpie sèche près les lèvres de la plaie, ou bien l'on se servira, si on le juge plus convenable, de compresses graduées et l'on maintiendra cet appareil avec un bandage circulaire. S'agit-il d'une plaie transversale de la trachée artère, la tête sera maintenue inclinée sur le sternum à l'aide d'un bandage particulier décrit dans tous les livres élémentaires; on main-

tiendra les lèvres de la plaie rapprochées avec un emplâtre agglutinatif, en supposant qu'on n'ait point à craindre l'effusion du sang dans la trachée artère, et qu'il y ait une indication bien marquée de fermer la plaie; on appliquera ensuite une compresse et un bandage circulaire. Ainsi, c'est tantôt une bande roulée à un chef dont les circonvolutions autour du membre, sont dirigées de manière à favoriser le rapprochement ou le recollement d'une plaie à lambeau. Tantôt, quand la plaie est longitudinale, la bande est roulée à deux globes et fendue suivant sa longueur jusque dans son milieu; et ce milieu s'applique sur la partie opposée à la plaie. On déroule chaque globe en le conduisant de derrière en devant, on passe l'un des deux dans l'intervalle des chefs, alors, en tirant chaque globe en sens contraire, ce bandage maintient, par une douce pression, les lèvres de la plaie dans une exacte contiguité. Il ne doit être ni trop, ni trop peu serré; sa largeur sera égale à la longueur de la plaie qu'on recouvrira d'un plumaceau de charpie sèche. On aura l'attention que la bande ne fasse aucun pli, et que la pression qu'elle exerce

soit uniforme dans tous les points. On mettra des compresses graduées à une certaine distance des lèvres de la plaie si on le juge nécessaire.

Une cicatrice est une partie vivante et organisée, composée de vaisseaux que l'on peut injecter et voir à l'œil nu ; mais le mécanisme, par lequel se fait la cicatrisation d'une plaie, n'est point encore bien connu.

CHAPITRE II.

Des Plaies du Bas-Ventre et de la Gastroraphie.

Lorsqu'une plaie pénètre dans la cavité abdominale avec issue d'une portion d'intestin et d'épiploon, il faut replacer promptement ces parties que l'on suppose être saines. Le malade étant situé de manière que les muscles du ventre soient dans le relâchement, et incliné sur le côté droit si la plaie est du côté gauche, afin que le poids et le volume des viscères ne s'opposent point à la réduction des parties, on replacera d'abord la portion d'intestin et ensuite l'épi-

ploon, en se servant alternativement des doigts indicateurs des deux mains. La réduction faite, on portera le doigt dans le ventre pour s'assurer, sans fatiguer le malade, de la bonne situation des parties. La plaie sera pansée superficiellement avec un plumàceau de charpie sèche, une compresse et un bandage de corps. Le malade restera tranquille dans son lit, sans faire aucun effort, afin de ne point occasionner de nouveau la sortie de l'intestin ou de l'épiploon. Il sera mis à la diète et saigné une ou plusieurs fois, selon les circonstances. On le fera tenir incliné sur la plaie dans l'intention de faciliter l'issue du sang qui pourroit s'épancher dans la cavité abdominale. Lorsqu'on aura la certitude qu'il n'y a aucun danger à maintenir les lèvres de la plaie rapprochées, on se servira d'une ou de plusieurs bandes d'emplâtre agglutinatif pour produire cet effet.

Si une petite portion d'épiploon est sortie seule, si la plaie est trop étroite pour qu'on puisse en faire aisément la réduction, si d'ailleurs le malade n'éprouve aucun accident, on n'aggrandira point la plaie avec le bistouri, mais on laissera au dehors cette membrane

membrane graisseuse que le resserrement successif des téguments étranglera et fera tomber tôt ou tard. Exposée à l'air, elle deviendra rougeâtre, se tuméfiera et se flétrira. C'est alors qu'on pourra sans inconvénient la couper au niveau de la peau avec des ciseaux. Ce seroit agir imprudemment que de lier avec un fil ciré une portion saine d'épiploon qu'il n'auroit pas été possible de réduire. Un pareil procédé pourroit causer des accidens graves. L'irritation, la contusion que l'épiploon éprouveroit par la ligature détermineroient dans cette membrane graisseuse une inflammation dont les progrès s'étendroient jusqu'à l'estomac et au colon. Il pourroit en résulter une tension douloureuse, des hoquets, des vomissements et enfin une supuration dans le ventre. Il ne faut donc point faire de ligature à l'épiploon lorsqu'il est sain : il vaut mieux dans le cas supposé le laisser au dehors et le couper lorsqu'il commence à se flétrir. Il contracte ordinairement avec l'intérieur de la plaie des adhérences qui ne s'opposent pas toujours à la formation de la hernie ventrale.

Si la portion d'épiploon est volumineuse, si le malade a des hoquets, des vomissements, il faut alors aggrandir la plaie pour remettre

dans le ventre cette portion d'epiploon qui est étranglée. On fera cette opération méthodiquement, en se servant d'une sonde canelée et d'un bistouri droit, avec lequel on incisera les parties qui forment l'étranglement, ayant la précaution de ne point déchirer ni meurtrir l'épiploon, lors de l'introduction de la sonde sous les téguments. Il est indifférent que cette incision soit faite à l'angle supérieur ou inférieur de la plaie. Il faut seulement éviter d'inciser le muscle droit pour ne pas blesser l'artere epigastrique et parceque l'épaisseur et la résistance de ce muscle en rendroient l'incision difficile. La sonde canelée étant introduite dans le ventre, on la fera mouvoir latéralement afin de s'assurer qu'il n'y a aucun corps intermédiaire entre elle et le péritoine. On la soulevera pour tendre les muscles et le péritoine qu'il faut inciser d'un seul coup de bistouri. On fera l'incision très-petite, afin de s'opposer, autant qu'il est possible, à la formation d'une hernie ventrale.

On a inventé pour aggrandir la plaie divers instruments dont on ne s'est probablement jamais servi par l'impossibilité de les introduire et de les faire mouvoir dans une ouverture

trop étroite. Il est d'ailleurs dangéreux de porter dans le ventre un intsrument tranchant dont on ne voit pas le jeu. Une sonde canelée et un petit bistouri droit suffisent pour cette opération que l'on est très-rarement obligé de faire, lorsqu'une portion d'intestin et d'épiploon un peu considérable est sortie, parce qu'alors il est presque toujours possible sans aggrandir la plaie de replacer ces parties en mettant les muscles du ventre dans le relâchement, et en donnant au malade la situation qui a été indiquée.

L'intestin et l'épiploon étant replacés, le sentiment des auteurs est qu'il faut faire la gastroraphie, c'est-à-dire, un ou plusieurs points de suture à la plaie pour en maintenir les lèvres exactement rapprochées, afin qu'il ne se fasse point une nouvelle issue de partie. Quoique cette opération ait été pratiquée depuis les tems les plus reculés jusqu'à présent et de différente manière, elle n'en est pas moins une opération plus nuisible qu'utile. Il en résulte toujours de la douleur, de l'irritation, de la tension et le déchirement des levres de la plaie, quand on diffère de couper l'anse du fil qui les traverse. La plaie n'étant plus alors irritée, les malades se trou-

vent soulagés, les accidents diminuent à mesure que la supuration s'établit, et des pansements simples suffisent pour opérer la réunion. Ainsi, puisque toutes les fois qu'on a fait des points de suture à une plaie du bas ventre, on a presque toujours été obligé de les couper au bout de quelques jours, pour faire cesser les accidents qu'ils produisoient, il est certainement plus rationel de n'en point faire, sur tout si la plaie est transversale, car l'expérience apprend qu'une plaie qui a cette direction se guérit sans suture par le repos, par l'application des emplâtres agglutinatifs et en faisant garder au malade une situation telle que la poitrine soit fléchie sur le bassin et le bassin fléchi sur la poitrine.

Une femme eut toute la circonférence du bas ventre déchirée par un coup de corne de taureau, depuis le flanc droit jusqu'au flanc gauche avec issue des intestins. On fit plusieurs points de suture entrecoupée qu'on fut obligé de couper le troisième ou le quatrième jour, parce qu'ils occasionnoient des douleurs très vives. La plaie abandonnée à des pansements simples a été parfaitement guérie en peu de temps par l'application de quelques emplâtres agglutinatifs et en faisant

incliner le bassin sur la poitrine et la poitrine sur le bassin. Le bandage de corps, des compresses et la bonne situation ont suffi pour opérer une prompte guérison. Il y a dans les auteurs plusieurs observations semblables. On pourroit croire qu'il n'en est pas de même des plaies longitudinales, parce que quelque soit la situation que l'on fasse garder au malade, elle ne peut contribuer au rapprochement des l vres de la plaie, comme la flexion du tronc y contribue dans celles qui sont transversales. L'application d'un bandage unissant et à plusieurs chefs ne peut convenir à cause de la compression trop forte qu'il exerce sur le ventre douloureux et plus ou moins tuméfié. Si la pression n'en est pas égale dans tous les points, ce qu'il est difficile d'obtenir, à cause de la mobilité de la partie et de son volume qui n'est pas toujours le même, ce bandage contribue par cette pression inégale à faciliter plutôt l'issue d'une portion d'intestin qu'à maintenir les levres de la plaie rapprochées. Mais les emplâtres agglutinatifs peuvent opérer ce rapprochement et maintenir dans le ventre une portion d'intestin qui ne tend à s'échapper au dehors que par les efforts que pourroit faire

le malade. La suture n'est donc pas même indiquée dans ce cas. Cependant si l'on veut absolument la faire, on y procédera de la maniére suivante.

On se servira d'une grosse aiguille courbe très-pointue et tranchante sur ses côtés. On l'enfilera d'un ruban de fil bien ciré, long d'environ un pied et demi et composé de trois ou quatre brins de fil fort. Si le chirurgien est placé à la droite du malade, il introduira d'abord le pouce de sa main gauche dans le ventre, pour tenir et fixer avec ce pouce et le doigt index la lèvre gauche de la plaie bien tendue qu'il percera perpendiculairement de dedans en dehors avec l'aiguille tenue de la main droite et dirigée de manière que la pointe soit conduite et couverte par le doigt index de la même main. L'aiguille et le fil ayant traversé la lèvre gauche de la plaie, à six ou huit lignes de distance du bord de la division, un aide prendra cette aiguille et l'enfilera avec l'autre extrémité du fil, car une seule aiguille suffit et il est inutile d'en mettre deux aux extrémités du lien. Cela fait, le chirurgien portera dans le ventre le doigt index et le troisiéme doigt de la main gauche, pour tenir et fixer avec le pouce situé en

dehors la lévre droite de la plaie qu'il percera de dedans en dehors avec l'aiguille dont la pointe sêra couverte et conduite par le bout du troisième doigt de la main droite. Si la plaie a cinq ou six pouces de longueur, un seul point de suture placé à égale distance des angles de la plaie suffit : car il n'est point nécessaire que ses levres soient dans un contact mutuel dans toute leur étendue, comme on le désire dans une plaie qui ne présente d'autre rinadication que la réunion. Il est au contraire utile que dans une plaie faite au bas ventre il y ait entre ses bords supérieurement et inférieurement assez d'ouverture pour donner une issue au sang qui peut s'épancher dans cette cavité. Les partisans de la suture conviennent eux-mêmes qu'elle est plutôt destinée à s'opposer à la sortie d'une portion d'intestin et d'épiploon, qu'à produire une prompte réunion des levres de la plaie. La suture faite, on passera le fil deux fois dans l'anse, on le serrera, mais sans le nouer, afin de le pouvoir desserer si on le juge convenable. On appliquera sur la plaie un plumaceau de charpie sèche et une compresse que l'on maintiendra avec le bandage de corps, lequel se fait avec un

morceau de linge plus long que large, plié en deux suivant sa longueur et auquel on a ôté les ourlets. On fera coudre à la partie moyenne de ce linge qui s'applique sur les vertèbres des lombes, pour faire le tour du corps, deux bandes, l'une à droite, l'autre à gauche, que l'on fera passer par-dessus les épaules, en les portant de derrière en devant pour les faire croiser sur la poitrine, et en attacher les bouts avec des épingles au bandage, afin de le fixer et de lui donner de la solidité. Le malade sera mis à la diete et saigné plus ou moins selon les circonstances. Il évitera de faire le plus petit effort, sur-tout en rendant ses excréments; c'est pourquoi on aura soin de lui tenir le ventre très-libre par des lavements. Lorsque la plaie sera en voie de réunion, l'anse du fil étant lâche et le ventre affaissé, on coupera le fil, on l'ôtera doucement et on achevera de réunir la plaie par l'application des emplâtres agglutinatifs. La cicatrice est toujours foible et mince, n'étant formée que par la peau et le tissu cellulaire, soit qu'on ait fait la suture, soit qu'on se soit servi des emplâtres agglutinatifs, aussi la hernie ventrale est elle toujours la suite

des plaies qui ont pénétré dans cette capacité ; c'est donc encore une raison de plus pour ne pas faire la gastroraphie, puisque les muscles étant coupés longitudinalement ou transversalement, ils ne se réunissent point entre eux pour concourir à la solidité de la cicatrice.

Une plaie faite au bas ventre peut être compliquée d'un épanchement de sang dans cette cavité : cet accident est toujours mortel lorsque le sang s'épanche promptement et que le vaisseau qui a été ouvert est considérable. Mais si l'hémorrhagie est légère, si elle s'arrête par la diete, par les saignées, par la foiblesse du malade, il est possible en aggrandissant la plaie par incision de procurer au sang épanché une issue libre au dehors. On aura soin de faire de douces pressions sur le ventre pour faire sortir le sang, on tiendra le malade incliné sur la plaie dans laquelle on introduira une bandelette de linge effilé pour servir comme de filtre au fluide dont il est nécessaire de favoriser l'issue. Lorsque la plaie a été faite par une épée, lorsqu'elle est très-petite, ou même cicatrisée et dans un lieu éloigné du foyer que forme le sang épanché, il est

alors évident qu'on ne peut sauver le malade qu'en faisant au bas ventre une incision dans le lieu même ou l'épanchement se manifeste sensiblement. Les signes qui l'indiquent paroissent plutôt ou plus tard : c'est lorsque les premiers accidents qui résultent de la lésion faite au bas ventre se sont dissipés, après avoir subsisté pendant quelques jours, et lorsque de nouveaux accidents se manifestent consécutivement, sans cause apparente, que l'on peut soupçonner qu'il y a un épanchement de sang dans la cavité abdominale. Le ventre se tuméfie, devient douloureux, les urines sont ardentes et rendues avec peine et irritation, la fievre s'allume, le malade éprouve de l'anxiété, la respiration est laborieuse : et comme le sang se porte ordinairement vers la partie antérieure et inférieure du bas ventre, c'est dans cet endroit, au dessus de l'arcade crurale à côté du muscle droit, qu'il se manifeste ordinairement une tumeur molle avec fluctuation plus ou moins sensible, sans changement de couleur à la peau, quelquefois avec ecchymose aux téguments, c'est là que l'on doit faire une incision longitudinale de deux ou trois pouces pour donner issue au sang

épanché. Il est en partie fluide et en partie coagulé, noirâtre, fétide et mêlé dans la suite d'un pus blanchâtre qui paroît être le produit de l'inflammation et de la supuration d'une partie de l'épiploon, ou des appendices graisseuses du canal intestinal. Aussi remarque-t-on, après que tout le sang est évacué, que la maladie se temine par un écoulement purulent qui subsiste pendant plusieurs jours. C'est pourquoi l'on doit tenir la plaie ouverte, en y introduisant une bandelette de linge effilé qui servira comme de filtre aux matières qui doivent s'écouler.

Un homme robuste reçut entre le rebord cartilagineux des fausses côtes et le cartilage xiphoïde un coup d'épée qui fit une plaie d'environ cinq à six lignes d'étendue. Il fut aussitôt saisi de nausées, de vomissements bilieux et d'une horripilation générale. Il perdit beaucoup de sang par la plaie, le pouls devint petit, concentré et les extrémités étoient froides. Quelques heures après avoir été blessé, on le saigna du bras et l'on couvrit sa plaie seulement avec un linge, afin de donner au sang une issue libre. La saignée fut réitérée, les vomissements bilieux con-

tinuèrent, le malade eut de la peine à rendre les urines. On fit une troisième et une quatrième saignée. Le ventre se tuméfia et devint douloureux. On appliqua des fomentations émollientes et l'on fit prendre des lavements, afin de tenir le ventre libre. Le sixième jour la plaie parut cicatrisée, le ventre étoit moins douloureux et moins tuméfié, mais les nausées continuant on donna au malade deux grains d'opium qui le calmèrent beaucoup. Tel fut l'état de ce blessé pendant les huit premiers jours. Le neuvième il se plaignit d'une vive douleur dans la région hypograstrique et iliaque gauche qui étoit tuméfiée. Il prit un lavement qui parut déterminer une diarrhée pendant vingt-quatre heures. Le dix, la région hypogastrique étoit encore plus tuméfiée que la veille, et le chirurgien qui donnoit des soins à ce malade m'ayant consulté, nous crûmes sentir de la fluctuation dans la tumeur. Il y en avoit quoiqu'elle fut profonde. On fit une incision longitudinale dans le centre de la tumeur, afin de donner issue au fluide qui étoit épanché. Cette incision qui avoit environ deux pouces de longueur fut faite à quatre travers de doigts de distance du

nombril et à pareille distance de l'épine antérieure de l'os des iles du côté gauche. Ainsi le foyer de l'épanchement étoit à gauche, quoique la blessure eut été faite du côté droit. Le péritoine ouvert, il sortit aussi-tôt près d'une pinte de sang noir, fétide et fluide. On introduisit dans la plaie une bandelette de linge effilé. Ce jour même et le lendemain nous trouvâmes dans l'appareil plusieurs caillots de sang noir et fétide. Le ventre continua d'être tuméfié et douloureux des injections d'eau d'orge et de miel faites avec l'intention de faciliter la sortie du sang épanché ne soulagèrent point le malade qui mourut le quatorzième jour de sa blessure. A l'ouverture du cadavre nous vîmes le foie en supuration, une partie du colon enflammé et gangréné et plusieurs caillots de sang dans la région iliaque gauche.

Tel est le sort de presque tous ceux qui ont un épanchement de sang dans le bas-ventre : la plupart périssent des suites de l'inflammation et de la gangrenne qui survient à cette partie. L'indication n'en est pas moins positive, quand il se manifeste une tumeur avec fluctuation bien sensible, de l'ouvrir pour donner issue au sang qui est

épanché ; mais le succès de cette contre-ouverture est très-incertain. Pour l'obtenir ; il faut que l'hémorrhagie s'arrête, qu'aucun des viscères contenus dans le ventre, ne soit gravement lésé, que les accidens primitifs ; tels que l'inflammation, la douleur et la tension du ventre se dissipent, et que la maladie consiste seulement dans un amas de sang, auquel il faut donner issue par une incision. Toutes ces conditions se présentent rarement dans un sujet blessé au bas-ventre : aussi, doit-on regarder comme un fait extraordinaire celui d'un soldat de vingt-trois ans, dont il est parlé dans le premier volume des mémoires de l'académie de chirurgie, et qui, ayant reçu un coup d'épée, un pouce au-dessous du cartilage xiphoïde, du côté gauche, eut le seizième jour de sa maladie, après avoir essuyé les accidents les plus graves, une tumeur dans le milieu de la région hypogastrique, du côté droit, qui fut ouverte et qui donna issue à une grande quantité de sang noir et fétide. Les accidens diminuèrent, il s'écoula pendant cinq ou six jours une liqueur semblable à de la lie de vin, pour la consistence et la couleur : il s'établit ensuite une supuration qui dura

près d'un mois, et qui cessa peu-à-peu. La plaie fut parfaitement guérie, laissant une cicatrice très-enfoncée, sans aucune apparence de hernie.

Il est souvent difficile à l'inspection d'une plaie qui pénètre dans le ventre, de prononcer avec certitude, sur tout dans les premiers momens de la maladie, sur la lésion de telle ou telle partie. Plusieurs viscères peuvent être lésés en même-temps, et la fièvre, les nausées, la tension douloureuse du ventre sont des symptômes généraux et communs à toutes les lésions intérieures. Le spasme, qui résulte de la crainte, du saisissement ou de la douleur que le blessé a ressentie et qu'il a concentrée, excite quelquefois des accidents graves en apparence, mais qui sont peu de durée. L'incertitud augmente lorsque la plaie est très-étroite; et lorsqu'on ignore quelle est sa direction et sa profondeur. Dans ce cas, il seroit inutile et même nuisible de la sonder ou de l'agrandir par incision; il faut mettre le malade à la diète, le saigner plus ou moins selon ses forces; appliquer des fomentations émollientes sur le ventre que l'on maintiendra libre par des lavemens, faire prendre des

boissons adoucissantes et calmantes. Ce traitement, qui est commun à toutes les lésions intérieures du bas-ventre, sera continué jusqu'à ce qu'il se manifeste une indication particulière de le changer.

Quelque soit la difficulté de savoir quand une plaie est étroite, quel est le viscère qui a été lésé, on peut néanmoins s'en instruire en faisant attention à la situation de la plaie, en s'informant de l'attitude où étoit le blessé au moment du coup, de la manière et de la force avec lesquelles l'instrument a été enfoncé, en se faisant représenter cet instrument, en se rappellant la position respective de chaque viscère, et en connoissant les symptômes propres à la lésion de chacun d'eux en particulier, syptômes qui paroissent toujours aussi-tôt après la blessure. Ainsi la lésion du diaphragme, rend la respiration difficile et convulsive, excite la toux, le hoquet, les nausées, produit le spasme des muscles de la face et le délire. Cette blessure est ordinairement mortelle et presque toujours compliquée de celle des parties voisines. Cependant quelques malades ont survécu plus ou moins longtems à la lésion faite au diaphragme dans

la

la partie charnue, du côté gauche; mais dans ce cas là même, on a observé que la plaie ne se consolide point, ses bords laissent entre eux une ouverture par laquelle une portion de l'estomac, du colon ou de l'épiploon, s'insinue dans la poitrine pour y former une espèce de hernie que l'on a nommée thorachique qui est toujours accompagnée d'accidens graves et incurables.

Une plaie de l'estomac, cause des douleurs très-aiguës dans la région épigastrique, des vomissemens, des hoquets, des nausées, une grande altération, une horripilation, ensuite des foiblesses, la syncope et la mort, qui est ordinairement prompte: les malades vomissent du sang et en rendent par l'anus. Dans les uns il se fait un épanchement de sang dans le ventre; dans les autres c'est un épanchement de matière alimentaire dans la même cavité. Ceux dans lesquels l'orifice superieur ou inférieur de l'estomac a été blessé, meurent de douleur, de spasme et d'inflammation. Cependant si la plaie de l'estomac est petite sans épanchement de sang ou d'alimens dans le ventre, si les vaisseaux sanguins de la grande ou de la petite courbure de ce viscère,

n'ont pas été ouverts, cette plaie peut guérir par les remèdes généraux, c'est-à-dire par la saignée plus ou moins multipliée, par la diète, par les lavemens, par l'application des fomentations émollientes, en ne donnant que très-peu de boisson et seulement pour diminuer la soif, en soutenant les forces du blessé par des lavemens nourrissans. Lorsque le malade continue de vomir du sang en abondance, on a proposé de remédier à cette hémorrhagie en faisant prendre quelques cuillerées d'une boisson faite avec une once d'alun dissoute dans une pinte d'eau froide. Si la plaie extérieure est étroite, oblique, on peut, quoiqu'elle soit située près le cartilage xiphoïde, se tromper sur la nature de la maladie, en prenant une lésion faite à l'épiploon et à l'arc du colon, pour une plaie de l'estomac.

Le signe pathognomonique de la lésion de ce viscère, est la sortie de la boisson et des alimens par la plaie. Si celle de l'estomac est petite et si elle corresopnd directement à une large ouverture des tégumens, ensorte que l'effusion du sang et des alimens se fasse librement au-dehors, si d'ailleurs le malade est jeune et vigoureux,

s'il est traité méthodiquement, si le travail de la nature n'est pas contrarié par des procédés nuisibles, il est encore possible de survivre à une lésion aussi dangereuse, et il y en a plusieurs exemples. Dans quelques malades la plaie de l'estomac et des tégumens, a été complètement cicatrisée par l'adhérence mutuelle des parties : dans d'autres, cette plaie ayant été compliquée de perte de substance, soit parce qu'elle avoit été produite par une arme à feu ou par un instrument tout-à-la-fois tranchant et contondant, n'a pu être cicatrisée, mais est dégénérée en un ulcère fistuleux qui a donné issue pendant toute la vie à une portion de la boisson et des alimens.

Quelques auteurs ont pensé qu'il seroit utile de faire des points de suture à une grande plaie de l'estomac, afin d'en obtenir promptement la réunion, et de s'opposer à l'effusion des matières alimentaires dans le ventre. Mais si l'on s'en rapporte à l'expérience, on trouvera que la suture faite à l'estomac est plus nuisible qu'utile. Je l'ai vu faire sans succès par un homme très instruit : le malade mourut peu de jours après de douleur et de convulsion. L'observation

suivante est une nouvelle preuve de l'inutilité de cette opération. Un homme reçut un coup de couteau qui produisit une plaie longitudinale de plus de quatre travers de doigts, au milieu de l'épigastre, directement sur la ligne blanche. Cette plaie commençoit au-dessous du cartilage xiphoïde, et se terminoit vers la région ombilicale; elle donnoit issue à une portion d'épiploon de la grosseur de deux œufs, et à l'estomac, qui formoit une tumeur grosse comme la moitié du poing, quoiqu'il fût ouvert à sa partie antérieure et moyenne assez largement pour permettre l'introduction du doigt dans sa cavité. Un chirurgien appellé dans la journée, vit sortir par la plaie un bouillon que le malade venoit d'avaler : ce chirurgien lia l'épiploon, et voulut ensuite réduire l'estomac, mais à la plus légère pression qu'il faisoit sur ce viscère, le malade paroissoit prêt à se suffoquer. Il abandonna à la nature le soin de la guérison, couvrit la plaie d'un linge trempé dans du vin chaud, fit plusieurs saignées au blessé et le réduisit à une diète sévère. Le quatrième jour de la maladie, un autre chirurgien voulant s'opposer à la sortie des alimens par la

plaie, fit quelques points de suture à l'estomac; mais l'anse que formoit le fil, déchira les lèvres de la plaie de ce viscère. Le peu de succès des différentes tentatives que l'on avoit faites pour réduire l'estomac dans le ventre et pour s'opposer par la suture à l'issue des alimens, détermina le chirurgien du malade à n'employer que des pansemens simples : il appliqua sur la plaie de l'estomac un plumaceau imbibé d'une liqueur balsamique, et couvrit celle des tégumens avec un plumaceau trempé dans du miel rosat. Il eut soin de faire sur le ventre des embrocations. Par ces pansemens simples, les tégumens se relâchèrent, les parties sorties se replacèrent, les alimens cessèrent peu-à-peu de sortir par la plaie de l'estomac qui se cicatrisa insensiblement, et le malade fut parfaitement guéri dans l'espace de deux mois (1).

On lit dans le septième volume de l'abrégé des transactions philosophiques, deux observations qui semblent prouver que la suture de l'estomac a été faite avec succès; si l'on se donne la peine d'exa-

(1) Mémoires de l'Académie de Chirurgie. Tom. I, p. 593.

miner attentivement ces deux observations qui n'ont pas été rédigées par une personne de l'art, on sera convaincu qu'elles sont très-douteuses et très-équivoques.

Tous les auteurs ont dit avec raison que les plaies des instestins grêles, étoient souvent mortelles. Si la plaie extérieure est petite, comme lorsqu'elle est faite par une épée ou par tout autre instrument piquant et étroit, si elle est oblique et ne correspond pas directement à celle de l'intestin, les matières stercorales les plus fluides ne trouvant point une issue libre au-dehors s'épanchent lentement dans le ventre. Une petite quantité de ces mêmes matières sort aussi par la plaie des tégumens qui, quoique très-petite, ne se ferme pas : le malade rend ordinairement du sang par l'anus, le ventre n'est d'abord ni très-tuméfié, ni très-douloureux ; mais il se forme vers le deuxième ou troisième jour, une inflammation plus ou moins étendue sur la surface des intestins, laquelle est bientôt suivie de gangrenne qui fait périr le malade dans les huit ou dix premiers jours de sa blessure. Il est impossible de se méprendre sur la nature de cette maladie. On voit dès le premier jour que la plaie pénètre

dans le ventre et que le canal intestinal est ouvert, parce qu'en comprimant légèrement la circonférence de l'abdomen, on fait jaillir par la plaie, quoiqu'en petite quantité, une liqueur brune et stercorale. Il seroit bien inutile d'aggrandir la plaie avec l'instrument tranchant, dans l'intention de procurer aux matières stercorales une issue plus grande au-dehors, on ne pourroit en tarir la source. On a souvent bien de la peine à introduire une sonde canelée jusques dans le ventre, à cause des adhérences inflammatoires du péritoine avec les intestins.

Lorsque la plaie faite au canal intestinal est d'une certaine étendue, l'épanchement des matières stercorales se fait alors promptement, l'air s'échappe de l'intestin ouvert, le ventre se tuméfie, devient douloureux, le pouls est foible et grèle, le malade a des hoquets, des nausées et meurt le deuxième ou le troisième jour de sa blessure. Au contraire, si la plaie extérieure est large, si celle de l'intestin est petite, si cet intestin ouvert reste fixé dans l'intérieur de la plaie et contracte avec elle des adhérences, si les matières stercorales ont une issue libre au-dehors, le malade peut guérir radicalement

de cette blessure, et il y a quelques exemples qui confirment cette vérité.

L'épaisseur de l'intestin colon, sa largeur, sa situation fixe et invariable, rendent les plaies de cet intestin beaucoup moins dangereuses, toutes choses égales d'ailleurs, que celles du jejunum et de l'ileon. La remarque en a été faite par tous les auteurs anciens et modernes, et l'on trouve dans les observations nombreuses qu'ils nous ont laissées, des preuves multipliées de cette assertion. Tout concoure à prouver que c'est la nature qui opère en pareille circonstance la plus grande partie de la guérison. Lorsque la plaie extérieure est large, lorsque celle de l'intestin est médiocre, lorsque ces deux plaies sont parallèles et correspondantes l'une à l'autre, les matières stercorales s'évacuent pendant quelque tems au-dehors; et si l'on tient le ventre libre du malade par des demi lavemens, par des boissons laxatives, l'évacuation par la voie naturelle se fait peu-à-peu, et ces mêmes matières sortent en moins grande quantité par la plaie. Si celle de l'intestin est comme on le suppose peu considérable, elle se ferme par les adhérences qu'elle

contracte avec les parties qui l'environnent : l'intestin se fronce et se retrécit un peu. Le chirurgien n'a donc pas de points de suture à faire ni à l'intestin, ni aux tégumens. Il ne doit s'occuper que du soin d'éloigner tout ce qui pourroit déranger la nature dans son travail. La plaie sera pensée souvent pour diminuer la malpropreté et l'inflammation des tégumens. On se servira d'un plumaceau trempé dans du vin miellé, ou dans un mélange d'eau d'orge et de miel rosat, sans tenir la plaie trop dilatée, et sur laquelle le malade restera un peu incliné. Il sera mis à la diéte, évitera ce qui peut irriter le canal intestinal et produire la colique et la constipation. Cette plaie, dans les derniers temps, peut être considérée comme une fistule intestinale, et elle est réellement telle à mesure qu'elle se retrécit et se cicasrise. Cette fistule subsiste quelquefois très-long-temps, c'est-à-dire pendant plusieurs mois, et quelquefois elle se guérit en peu de temps. Cela dépend en grande partie du régime et du traitement. En faisant rester le malade au lit, en lui faisant prendre tous les jours un demi lavement soir et matin, en le pur-

geant très-doucement tous les deux ou trois jours et en appliquant sur la fistule des compresses graduées, trempées dans du vin tiéde et soutenues d'un bandage pour faire une légère compression, elle se ferme complètement. C'est par ce procédé qu'a été guérie une femme qui portoit depuis plus de six mois une fistule à la partie antérieure du bas-ventre, et qui ne l'empêchoit point de vaquer tous les jours à ses affaires. Le repos gardé dans le lit et le traitement ci-dessus mentionné ont achevé la guérison en peu de jours. Il arrive cependant aussi que la fistule se rouvre et se ferme alternativement. C'est alors du côté du régime qu'il faut porter ses vues et se conduire de manière à éviter la constipation, et à n'user que d'alimens de facile digestion et pris en petite quantité. Fabrice d'Aquapendente guérissoit ces sortes de fistules par l'usage des bains d'eaux minérales chaudes : c'est-à-dire que ces fistules se guérissoient d'elles-mêmes par les remèdes généraux. Elles peuvent devenir habituelles et n'être point susceptibles d'une guérison radicale. Cela arrive lorsque la lésion de l'intestin a été compliquée de perte de substance, soit

qu'elle ait été produite par arme à feu ou par un instrument tout-à-la-fois tranchant et contondant. La perte de substance ne pouvant être réparée par aucune réproduction, la fistule, qui en résulte, devient habituelle et peut dégénérer brusquement après une colique, une indigestion, en un ulcère gangréneux qui se termine lui-même, lorsque le malade résiste à cet accident, en un anus contre nature, maladie incurable et dégoutante.

Lorsque l'intestin est hors du ventre et qu'il est ouvert soit longitudinalement, soit obliquement dans une étendue d'un pouce ou d'un pouce et demi, le sentiment des auteurs est qu'il faut réunir la plaie de l'intestin en y faisant quelques points de suture. Pour cet effet, ils conseillent de se servir d'une aiguille droite enfilée d'un fil ciré avec laquelle on perce obliquement l'intestin soutenu d'un côté par un aide, et de l'autre, par le chirurgien qui opère, à une ligne de distance des bords de la division. L'aiguille ayant traversé les deux lèvres de la plaie, on la fait passer de nouveau à une ligne de distance de l'endroit par où elle est sortie, du même côté et

sur la même ligne, pour faire un second point, ainsi de suite d'un côté et d'un autre, sans faire passer ou surjetter le fil par-dessus les lèvres de la plaie. Cette suture est à la vérité préférable à celle du Pelletier, dans laquelle le fil décrivant une spirale, ne peut être ôté sans causer des tiraillemens capables de déchirer l'instestin et les adhérences qu'il auroit pu contracter. En faisant la suture telle qu'elle vient d'être décrite, on recommande de se servir d'un fil assez long pour qu'à chacune des extrémités de la plaie, il en reste une portion de cinq à six pouces. On tire en dehors ces deux bouts de fil que l'on fixe, sans les croiser, l'un à droite et l'autre à gauche, sur la peau, avec deux emplâtres de taffetas gommé, afin que l'intestin, s'il peut se réunir par ce procédé, soit invariablement rapproché des bords de la plaie pour s'y agglutiner. On ne réunit point celle des tégumens par les procédés connus, on couvre seulement cette plaie d'un plumaceau, afin que si la suture faite à l'intestin venoit à se rompre, les matières stercorales trouvant une issue libre au dehors, il ne se fit point d'épanchement dans

le ventre et que le malade eut encore la ressource de guérir avec une fistule, ou avec un anus contre-nature. Quelques jours après avoir fait la suture, lorsqu'on présume que l'intestin est adhérent et cicatrisé, on coupe, près du ventre, l'un des deux bouts du fil, et l'on tire à soi doucement l'autre bout, en soutenant avec ses doigts les bords de la plaie, que l'on traite ensuite comme une plaie simple.

Telle est la doctrine de tous les auteurs. Elle est appuyée sur la supposition que dans le moment de la blessure, il ne s'est pas fait un épanchement de matières stercorales dans le ventre et que la plaie des tégumens est assez large pour qu'on puisse toucher et manier librement l'intestin qui est ouvert. Une circonstance aussi favorable se rencontre rarement. Cependant, lorsqu'elle existe, il faut pourvoir d'abord au dégorgement du canal intestinal et s'opposer à cette irruption des matières dans le ventre, en fixant l'intestin entre les lèvres de la plaie. On passera une aiguille droite dans le mésentère pour former une anse de fil que l'on attachera avec un emplâtre agglutinatif aux tégumens. L'intestin ainsi

ſixé seulement pendant vingt-quatre heures entre les lèvres de la plaie et frappé par l'air extérieur, s'enflammera et ses membranes deviendront plus épaisses et plus solides. Il sera plus susceptible de se réunir par adhérence avec les parties voisines. On tiendra le ventre libre par des lavemens et par des médicamens légèrement laxatiſs, pour opérer le dégorgement du canal intestinal par la plaie et par la voie naturelle. Ce dégorgement étant opéré, on fera la suture de l'intestin si l'on veut absolument la faire. Mais comme elle ne remédie ni à la mobilité du jéjunum et de l'ileon que l'on suppose être blessés, ni à l'irruption des matières dans le ventre, il est plus rationel de s'en abstenir et de confier en quelque sorte la cure aux soins de la nature en prenant les précautions indiquées.

Si l'intestin est totalement coupé en travers et si ses deux bouts sortent au-dehors, le malade peut encore survivre à cette blessure. Dans un cas pareil, les anciens ſixoient les deux bouts de l'intestin aux tégumens par un point de suture, afin de procurer une issue libre aux matières stercorales par cette voie nouvelle et contre-nature qui,

pendant toute la vie, faisoit fonction d'anus. Quelques malades ont conservé la vie par les seules forces de la nature, les deux bouts de l'intestin étant restés hors de la plaie et ayant contracté avec elle des adhérences indestructibles qui ont tenu lieu de points de suture. Tel a été le sort de ceux dont plusieurs auteurs nous ont conservé l'histoire.

Ramdhor, chirurgien allemand, est le premier qui ait pensé qu'il étoit possible de procurer une guérison radicale, en insinuant les deux bouts de l'intestin l'un dans l'autre, et en conservant par cet artifice la continuité du canai. C'est en effet ce qu'il exécuta sur une femme de la ville de Wolffenbuttel, qui étoit attaquée d'une hernie étranglée dont la gangrenne s'étoit emparée. Il rétrancha toutes les parties gangrennées, insinua le bout libre et supérieur de l'intestin dans l'inférieur, les maintint l'un et l'autre dans cette situation à l'aide d'une anse de fil passée dans le mésentère, les replaça ensuite dans le ventre et les fixa le plus près qu'il lui fût possible de la plaie, à l'aide de ce même fil qui pendoit au-dehors. Les deux bouts de l'intestin s'uni-

rent mutuellement et contractèrent des adhérences avec le péritoine. Cette femme fut radicalement guérie, la continuité du canal ne fut point interrompue, et les matières excrémenteuses reprirent leur cours par la voie naturelle. Au bout d'un an, cette femme mourut d'une pleuresie. L'ouverture du cadavre fit voir la parfaite réunion des deux bouts de l'intestin insérés l'un dans l'autre, et ne formant qu'un canal continu (1).

Dans le cas dont il s'agit, c'est-à-dire, lorsque dans une grande plaie au bas ventre avec issue d'intestin, ce canal est coupé totalement en travers, il semble, d'après ce qui vient d'être raconté, que la conduite que doit tenir le chirurgien n'est pas équivoque. Les deux bouts de l'intestin sont libres, le bout inférièur n'est pas rétréci par une maladie inflammatoire antécédente, comme dans la hernie avec grangrene. On est donc autorisé à tenter la érunion, en introduisant comme a fait Ramdhor, le bout supérieur de l'intestin dans l'inférieur. Pour obtenir cet effet desiré, on a

(1) *Heister. institut. chirurgic. cap.* 117. *p.* 758.

sagement conseillé de fixer d'abord pendant vingt-quatre heures les deux bouts de l'intestin hors de la plaie, en passant à travers le mésentère avec une aiguille droite une anse de fil dont les bouts seront attachés aux tégumens par un emplâtre agglutinatif, de faire ensuite avaler au malade quelques cuillerées d'un mélange d'huiles d'amandes douces et de syrop de guimauve, afin d opérer le dégorgement du canal intestinal et de reconnoître par la sortie de l'huile quel est le bout supérieur de l'intestin : car l'huile doit nécessairement s'écouler par celui qui répond à l'estomac, tandis que les matières stercorales, peuvent s'écouler également, du moins pendant quelque temps, par les deux bouts de l'intestin. Ces deux bouts ayant été fixés hors du ventre deviendront rouges épais, et seront dans un état inflammatoire favorable à leur agglutination mutuelle. On introduira le bout supérieur dans l'inférieur, on les maintiendra l'un et l'autre dans cette situation par l'anse de fil passé dans le mésentère, comme il a été dit. Pour rendre plus facile l'insinuation du bout supérieur, on coupera transver-

salement, s'il est nécessaire, une petite portion du mésentére, très prés de l'intestin, ayant soin de lier les vaisseanx sanguins, pour peu qu'ils versent de sang. Le malade sera mis à la diete et gardera le repos le plus parfait. La plaie des téguments sera pansée superficiellement avec un plumaceau de charpie sèche. Peu de jours suffisent, dit-on, si la nature n'est point troublée dans son travail, pour opérer l'agglutination mutuelle des deux bouts de l'intestin. On fera prendre alors des demi lavements, des boissons légèrement laxatives, des alimens faciles à digérer et en très-petite quantité. Si ce procédé ne réussit point, et il y a très-peu d'observations qui confirment celle de Ramdhor, l'unique ressource est d'établir un anus contre nature, en fixant au-dehors de la plaie les deux bouts de l'intestin.

On peut assurer que le foye est blessé lorsque la plaie est située profondément dans la région hypochondriaque droite, ou épigastrique, lorsque le malade devient jaune, a des nausées, des hoquets, vomit de la bile, sent une douleur vive au rebord des fausses côtes, au cartillage Xi-

poïde et dans tout le ventre qui se tumé-fie, lorsqu'il a de la fièvre, de l'altération la langue sèche et amère, des frissons vagues, quelquesfois de la toux et une anxiété générale. La lésion de ce viscère est superficielle ou profonde, elle est simple ou compliqué de celle de l'épiploon, de l'estomac, de l'arc du colon, du diaphragme, ce qui produit des vomissements de sang, des déjections sanglantes par l'anus, ou un épanchement de sang dans la cavité abdominale. La mort est prompte et inévitable en pareille circonstance. Mais si la lésion du foie est simple, légère, superficielle et sans hémorrhagie, on la guérit par la diete, par des saignées plus ou moins multipliées, par des boissons délayantes, en faisant des fomentations sur le ventre que l'on tiendra libre par des lavements, et en donnant lorsque les nausées sont continuelles quelques verres de limonade. Quand ces secours ont été donnés trop tard, ou quand les saignées n'ont point été multipliées en raison de la douleur et de l'inflammation, il se forme dans la substance du foie une collection de pus qui fait périr le malade.

La mort est encore inévitable lorsque la vésicule du fiel a été blessée et que la bile s'est épanchée dans le ventre. Les vomissements, les coliques et la constipation accompagnent ordinairement cette blessure à laquelle les malades survivent rarement plus de quatre à cinq jours. Un officier reçut un coup d'épée qui pénétroit dans le ventre, le fond de la vésicule du fiel fut ouvert, mais les autres viscères ne furent point lésés sensiblement. Le ventre se tuméfia sur le champ, comme si le malade eut été attaqué d'une tympanite, ou d'une hydropisie ascite. Cette tuméfaction subsista sans augmentèr et sans diminuer jusqu'à la mort qui survint le septiéme jour. Le malade n'éprouva ni borborygmes, ni flatuosités, ni éructations, mais il eut une constipation opiniâtre que les lavements et les purgatifs ne purent faire cesser. L'insomnie qui l'agitoit ne put être calmée par l'opium donné même à grande dose. La plaie étoit pâle, sèche et livide. Le cinquiéme jour il survint des hoquets et des nausées. Le pouls fut toujours égal et fort : il s'affoiblit peu à peu, devint intermittent,

et le malade mourut, ayant conservé toute sa raison jusqu'au dernier moment (1).

Il n'y a point de signes positifs et propres à la lésion de la rate. Toutes les observations prouvent que les plaies qui pénetrent jusque dans la substance de ce viscère sont suivies d'un épanchement de sang dans le ventre, qui fait périr le malade en très peu de temps. Un homme ayant reçu un coup de couteau dans la région hypochondriaque gauche, vers le milieu de la sixième côte, à deux travers de doigts de distance du cartilage, éprouva sur le champ des sueurs froides, une grande defaillance, de la foiblesse et de l'intermission dans le pouls et autres accidents qui annonçoient une mort prochaine. Il mourut en effet huit heures après avoir été blessé. Son cadavre fut ouvert et l'on trouva la cavité du bas ventre remplie de sang. Le diaphrague étoit blessé dans l'endroit où il s'attache aux côtes. On vit à la rate une plaie large de deux travers de doigts, qui pénétroit jusques dans la la moitié de sa substance (2).

(1) *Philosoph. transact. abridg. tom. 7. p. 571.*

(2) *Ephem. cur. natur. dec. 2. an. 6. obs. 181.* 1688.

Une douleur ſixe dans la région lombaire et qui s'étend depuis la dernière côte jusqu'à l'aine et à la cuisse, des vomissements, des nausées, une tension douloureuse du bas ventre et de la vessie, le pissement de de sang, une douleur vive à la racine de la verge, la rétention d'urine occasionée par l'accumulation des caillots de sang dans la vessie, sont indépendamment de la situation et de la direction de la plaie des signes positifs de la lésion du rein. Si elle est simple, légère, elle se guérit par la diete, par les saignées, par les boissons adoucissantes et les lavements émollients. Au contraire, si la plaie pénètre profondément dans la substance du rein, si elle est compliquée de la lésion de l'uretière, ou du bassinet, l'urine s'inſiltre dans le tissu cellulaire des lombes qui est bientôt attaqué de gangrène, et le malade périt épuisé par la douleur et par l'hémorrhagie.

Les signes de la lésion de la vessie ſaite à son corps, à son col sont toujours évidents. L'urine sort d'abord avec abondance par la plaie, et s'il s'en écoule par l'urethre elle est toujours mêlée de sang. Le blessé éprouve une douleur vive dans le bassin, au col

de la vessie, à l'urethre. La région hypogastrique est douloureuse et tendue. Il survient de la fièvre, quelquefois une rétention d'urine produite tantôt par l'inflammation du col de la vessie et tantôt par des caillots de saug contenus dans la cavité de ce viscère. Il peut se former encore des abcès gangréneux qui sont l'effet de l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire du bas ventre, du scrotum et du périné. Si la vessie est blessée de part en part, l'urine s'épanche dans le ventre et le malade meurt nécessairement. Au contraire la guérison est possible lorsque la vessie est seulement ouverte dans sa partie antérieure et inférieure. Il y a même quelques observations qui prouvent que des plaies contuses, ou faites par armes à feu à la partie antérieure de ce viscère avec complication de corps étranger dans sa cavité ont été radicalement guéries. On remédie à la lésion de la vessie par la diete, les saignées, les boissons adoucissantes, l'aggrandissement de la plaie et par la sonde qui procure à l'urine une issue libre et permanente par la voie naturelle.

Il résulte de ce qui vient d'être dit sur les plaies du bas ventre compliquées de la lé-

sion de quelques uns des viscères, qu'elles sont toujours très-dangéreuses et souvent mortelles. Il seroit bien inutile de rechercher quels peuvent être les signes de la lésion du pancréas, du duodenum, du réservoir du chyle. Ces parties sont situées trop profondément pour qu'elles soient blessées seules, et lorsqu'elles le sont, il est absolument impossible d'y remédier.

CHAPITRE III.

De la Paracentèse ou Ponction du Bas-Ventre.

LE mot grec paracentèse signifie ponction, perforation. Cette ponction se fait au ventre des hydropiques pour en évacuer l'eau qui y est contenue. Lorsque l'eau est répandue sous la peau dans toute l'étendue du tissu cellulaire, les auteurs grecs ont donné à cette maladie le nom d'anasarque ou de leucophlegmatie. Si l'eau est épanchée dans la cavité du ventre et mêlée avec les viscères, cette espèce d'hydropisie est nommée ascite. On nomme hydropisie en-

kistée celle dans laquelle l'eau, ou un fluide plus ou moins trouble et épais est contenu dans une cavité qui tient lieu de poche, ou de kiste.

Les remèdes incisifs, les diurétiques, les purgatifs par lesquels on se propose d'évacuer par les selles et par les urines l'eau contenue dans le ventre, ou infiltrée sous la peau sont donnés avec succès. Mais lorsque les jambes et les cuisses sont excessivement tuméfiées, lorsque la peau est très-amincie et prête à s'ouvrir, l'incision de l'épiderme, en procurant à l'eau une issue prompte et facile est un secours dont l'efficacité est généralement reconnue,

Une longue expérience a appris que des incisions profondes dégénéroient en ulcères gangréneux et très-douloureux. Le résultat seroit le même si l'on entamoit la peau avec des cautères ou des vésicatoires. Le moyen le plus sûr de prévenir l'inflammation et la crévasse gangréneuse de la peau est d'inciser seulement l'épiderme avec le tranchant d'une lancette que l'on conduira dans une grande étendue sur la surface de la peau très-amincie. Cette section de l'épiderme n'est point douloureuse, elle n'exige aucun

pansement, elle se fait sans effusion de sang, les malades n'y répugnent point, on la réitère sans inconvénient, autant qu'on le veut et selon la nécessité. Elle donne issue à une grande quantité d'eau sans affoiblir les malades. On enveloppera les cuisses et les jambes sur lesquelles on aura fait plusieurs de ces incisions superficielles avec des serviettes chaudes que l'on renouvellera souvent. Cette opération est simple et facile et j'ai toujours vu quelle avoit été suivie de succés non pas dans l'œdème des extrémités inférieures, mais seulement dans le cas qui vient d'être indiqué, un peu avant que la peau très-amincie, ne s'enflamme et ne s'ulcère.

La seconde espèce d'hydropisie se manifeste ordinairement par l'enflure des extrémités inférieures, qui s'étend peu à peu aux parties génitales et aux lombes. Le visage est pâle et maigre, les bras et les mains sont désséchés, la peau est livide, le malade a soif et transpire peu, ses urines sont rouges, épaisses et en petite quantité. Il sent dans son ventre tuméfié, quand il se retourne, ou qu'il se couche sur un des côtés du corps le flot du liquide qui y est

contenu. La tuméfaction augmente et devient uniforme à mesure que l'eau s'épanche, le nombril s'élève, devient saillant et se crève quelquefois. Les parois de l'abdomen s'amincissent, les veines se gonflent, le malade surchargé du poids des eaux ne peut plus rester couché sur le dos, il est obligé de se tenir debout ou assis afin de respirer plus librement. Quelquefois les extrémités inférieures ne sont point tuméfiées, quoiqu'il y ait beaucoup d'eau dans le ventre. Le chirurgien reconnoît la présence du fluide épanché en appliquant sa main sur un des côtés du ventre et en frappant sur le côté opposé avec le bout de l'un des doigts de l'autre main.

On s'est servi pendant très-longtems pour faire l'opération de la paracentèse d'une lancette, ou d'un scapel étroit avec lequel on incisoit la peau, les muscles et le péritoine dans la région hypocondriaque. On introduisoit ensuite par cette ouverture et jusque dans le ventre une canule de plomb, ou d'argent, tantôt droite, tantôt recourbée, de la grosseur d'une plume à écrire et par laquelle l'eau s'écouloit au-dehors. Sanctorius fit représenter dans le

commentaire qu'il publia sur Avicenne en 1626, un troicart de son invention, destiné à percer seulement le nombril des hydropiques, quand il étoit tres-tuméfié, afin de donner issue à l'eau contenu dans la cavité du ventre. On imagina ensuite différent troicart. Ils eurent d'abord le défaut d'être trop petits. On crut les perfectionner en faisant pratiquer sur les côtés de la canule deux ou trois grands trous, pour procurer à l'eau une issue plus libre. Mais il est nécessaire de dire à ceux qui pourroient l'ignorer que des malades à qui l'on a fait la ponction avec un troicart garni d'une semblable canule sont morts des suites de cette opération. Une portion d'épiploon s'étant introduite par un des trous latéraux de la canule l'a bouchée et a arrêté l'écoulement de l'eau. On a introduit une sonde ou un stilet dans la canule pour la déboucher, imaginant que quelques glaires ou filaments muqueux l'obstruoient, mais plus on enfonçoit le stilet dans la canule, plus on y engageoit la portion d'épiploon qui s'y étoit introduite latéralement. Les nausées, les coliques et tous les symptômes de l'inflammation du bas ventre se

sont manifestés immédiatement après l'opération, et des malades sont morts promptement des suites du déchirement de l'épiploon. Les ouvriers qui font aujourd'hui les instruments de chirurgie, ont l'attention de ne plus troner la canule du troicart d'après le conseil qui leur en a été donné par les personnes de l'art.

L'opération de la parencentése étant nécessaire, la situation la plus convenable à donner au malade est de le faire coucher et de l'incliner un peu sur le bord de son lit, du côté où l'on veut faire l'opération. Il y auroit de l'inconvénient à le faire asseoir dans un fauteuil par la difficulté qu'on éprouveroit ensuite à le transporter dans son lit, s'il tomboit en syncope pendant l'opération. L'endroit du ventre où l'on conseille de faire la ponction est le milieu d'une ligne oblique qu'on suppose être tirée du nombril à l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles. En plongeant le troicart dans cet endroit, on évite de piquer le muscle droit et l'artère épigrastique. Cette règle générale peut souffrir quelques exceptions, lorsque le volume du ventre est excessif ou lorsqu'il est visiblement déformé

par la maladie. On est quelquefois obligé de percer un peu plus haut, ou un peu plus bas que l'endroit désigné. Lorsque la fluctuation est également sensible dans toute la circonférence du ventre, il est indifférent que la ponction soit faite du côté droit, ou du côté gauche. Cependant il faut toujours préférer celui où la fluctuation est le plus sensible : et il est bien évident que si l'on sent une tumeur du côté droit, il faut opérer du côté gauche.

Le malade étant situé comme il a été dit, un aide le soutiendra et posera ses deux mains sur le ventre, l'une à droite et l'autre à gauche, pour pousser l'eau vers l'endroit où la ponction doit être faite. Le chirurgien trempera d'abord dans de l'huile la pointe de son troicart et en tiendra le manche dans la paume de sa main droite, le doigt index allongé sur la canule. Il tendra la peau avec le pouce et le doigt index de sa main gauche et plongera son instrument entre ces deux doigts dans l'endroit où la fluctuation est le plus sensible, et dans l'intervalle des veines variqueuses, pour ne pas les ouvrir. Il enfoncera le troicart doucement jusqu'à ce qu'il ne sente plus de résistence. Il suffit

en général de l'enfoncer tout au plus de la longueur d'environ un pouce, mesure qu'il est aisé de prendre avec le bout du doigt index courbé sur la canule et en jugeant par le toucher de l'épaisseur des parois du ventre. La ponction faite, et le troicart retiré, il faut soutenir la canule avec le pouce et le doigt index de la main gauche tandis que l'eau s'écoule et qu'on la reçoit dans un vaisseau. Pendant ce temps l'aide doit comprimer le ventre par degrés et en différens endroits. On ne retirera la canule qu'après s'être assuré qu'il ne reste plus d'eau à évacuer, à moins que la quantité n'en soit trop considérable. S'il survient de la toux, si la respiration est gênée, si le malade tombe en syncope, on arrêtera l'écoulement de l'eau en mettant le bout du doigt sur l'ouverture de la canule et l'on remédiera à la foiblesse du malade en lui donnant quelques cuillerées de vin, en lui faisant respirer du vinaigre, en comprimant uniformément toute la surface du bas ventre. Quelquefois l'eau qui d'abord s'est écoulé librement s'arrête tout à coup, lorsqu'une portion d'épiploon, d'intestin, une hydatide, ou des concrétions lympha-

tiques bouchent la canule. Dans ce cas il faut y introduire une sonde, ou un stilet à gros bouton pour repousser doucement ces parties dans le ventre, ou pour en faciliter l'issue lorsque c'est une concrétion lymphatique. Le Dran veut que le stilet soit courbé par un de ses bouts, pour qu'il ne tombe pas dans le ventre, s'il s'échappoit, par quelque mouvement imprévu des doigts de celui qui le tient.

L'eau étant évacuée depuis la quantité de dix jusqu'à celle de quinze ou vingt pintes et rarement au-delà, on retirera doucement la canule tandis qu'avec deux doigts de la main gauche on soutiendra la peau pour ne pas trop la distendre. On couvrira la piqûure d'une compresse trempée dans du vin tiède, on la fixera avec le bandage de corps que l'on serrera de temps en temps pendant deux jours, pour suppléer au défaut de résistance des parois de l'abdomen. J'ai vu, quelquefois cette piqûure ne pas se fermer, mais dégénérer en un ulcère qui a subsisté pendant plusieurs mois en donnant issue à l'eau qui couloit continuellement et goute à goute sur les cuisses des malades.

Après

Après avoir fait la ponction dans le lieu ordinaire et avoir évacué toute la quantité d'eau, si l'on sent de la fluctuation dans un autre lieu que celui qui a été piqué, ensorte que l'eau soit contenue dans deux cavités distinctes, ce que l'on reconnoît ordinairement à une dépression plus ou moins grande qui partage les deux cavités, il convient alors de faire une seconde ponction dans l'endroit où la fluctuation est sensible. Mouro rapporte un exemple semblable dans le quatrième volume des essais de médecine d'Edimbourg. Le même auteur propose de se servir d'une large ceinture de flanelle doublée de toile qu'on applique sur le ventre avant la ponction pour le comprimer uniformément et que l'on maintient avec des boucles et des courroies. Mais comme cette ceinture ne produit pas un meilleur effet que les mains d'un aide pendant l'opération et qu'il n'est pas toujours possible de se la procurer dans le besoin, on peut s'en passer sans inconvénient et je n'ai vu aucun chirurgien s'en servir.

Après l'évacuation de l'eau les malades sont soulagés: quelquesuns se sont trouvés radicalement guéris. Mais il se fait ordi-

nairement un nouvel épanchement qui oblige de réitérer la ponction plus ou moins promptement, tous les mois, tous les six mois ou tous les ans. Au rapport de Mead, une femme subit dans l'espace de soixante-sept mois, soixante-six ponctions qui donnerent issue à plus de neuf cents pintes d'eau. Il y a plusieurs observations semblables. Cette eau est ordinairement d'une couleur citrine et plus ou moins écumeuse dans les hydropisies récentes et curables. Lorsqu'elle est verte, sanguinolente, purulente et fétide, la maladie est mortelle. Cependant des femmes attaquées d'hydropisie ascite à la suite de leurs couches ont subi la ponction et ont été radicalement guéries, quoique l'eau fut verdatre. J'ai vu ce cas : l'hydropisie étoit laiteuse, l'eau épanchée devoit avoir naturellement la couleur du petit lait plus ou moins trouble. L'ascite est une maladie chronique. On l'a vue subsister pendant plusieurs années. Elle n'est guérissable que quand elle est récente, qu'elle attaque un sujet jeune et dont les visceres ne sont pas altérés. Elle est mortelle dans les vieillards, dans ceux qui sont exténués, lorsque les

visceres sont squirreux, détériorés. Ainsi la ponction qui pour la plupart des malades n'est qu'un remede palliatifs, opère dans les uns une cure radicale et accélère la mort dans les autres, selon les circonstances et les différents états de la maladie.

Lorsque la quantité d'eau est très considérable, comme de quararte ou de cinquante pintes, il ne faut point l'évacuer subitement par une seule ponction, pour ne pas jetter le malade dans une syncope qui pourroit devenir mortelle. Il convient de n'évacuer cette grande quantité d'eau qu'à diverses reprises, mettant un jour ou deux d'intervalle entre chaque évacuation, afin de ne pas trop affoiblir le malade. Ce précepte donné par tous les auteurs, est fondé en raison et en expérience. C'est pourquoi, la ponction faite et l'eau évacuée jusqu'à la quantité de quinze ou vingt pintes, plus ou moins, selon les forces du malade, on fixera dans le ventre la canule dont la longeur est ordinairement de deux pouces en l'enfonçant jusqu'a ce que la plaque, ou platine circulaire touche les téguments. On passera dans les trous pratiqués sur les côtés de cette plaque un

ruban assez long pour faire le tour du corps et y être attaché. La canule ainsi fixé, on en bouchera l'ouverture avec un bouchon de liége qu'il suffira de retirer quand on voudra donner issue au reste de l'eau. On a substitué dans ces derniers temps à la plaque circulaire de la canule une goutière faite en forme d'aiguière, pour que l'eau sur la fin de l'évacuation ne se répandit pas sur le ventre et sur le lit du malade. Mais l'expérience a prouvé qu'on s'étoit abusé sur ce point, puis que la goutière ne dispense pas d'approcher un vase pour recevoir les dernières gouttes de l'eau. D'ailleurs, lorsqu'il est nécessaire de laisser la canule dans le ventre, si les couvertures du lit appuyent sur ce bec long de douze à quinze lignes, il en résulte un frotement douloureux, pour peu que le malade se remue. On a proposé pour fixer la canule de se servir d'une platine ovale d'argent, mobile par charnière à l'une de ses extrémités; ce qui permet de l'ouvrir comme un compas. Chaque branche est échancrée en croissant dans son milieu pour former en se réunissant un trou rond qui entoure et qui fixe la

canule. Cette platine a été inventée pour fixer une canule dans la vessie après la ponction faite audessus du pubis. Quelques chirurgiens s'en servent aussi après la ponction faite dans le cas de l'hydropisie ascite.

Il est rare que l'opération de la paracentèse soit suivie d'hémorrhagie. Cependant les artères qui se distribuent dans l'interstice des muscles du bas ventre et dans l'épiploon adhérent au péritoine ont été ouvertes par la pointe du troicart. La rate devenue volumineuse, ou descendue très bas a été percée en opérant et il en est résulté un épanchement de sang mortel. Un chirurgien, dit Morand, dans ses opuscules, fait la paracentese à un malade, il enfonce le troicart précisément comme on enfonce un forêt dans un tonneau pour tirer du vin. Le malade meurt le soir même et l'on trouve une branche de l'artère mesentérique ouverte. Ce qui est incompréhensible, ajoute le même auteur, c'est que le même chirurgien a fait deux autres ponctions tout aussi malheureuses : un des malades étant mort le lendemain, et l'autre huit jours après l'opération. J'ai vu

deux personnes mourir d'hémorrhagie en vingt-quatre heures, après la ponction faite au bas ventre. Le sang ne coula plus lors qu'on eut rétiré la canule du troicart. Dans les ponctions qui avoient été faites précédemment l'eau étoit claire et de couleur citrine. On ne fit point l'ouverture de ces deux cadavres.

Il ne faut cependant pas conclure de ces faits que l'évacuation du sang qui a lieu après la ponction soit toujours produite par l'ouverture accidentelle d'une artère: il est possible que par une suite de la désorganisation lente des viscères, il y ait déjà une certaine quantité de sang épanché dans le ventre, et mêlé avec l'eau, avant que l'on se décide à faire la ponction. Si après avoir fait cette opération et avoir retiré la canule, le sang jaillissoit par la piqûure comme d'une grosse veine ouverte, ce ne seroit point par un appareil compressif qu'on arrêteroit cette hémorrhagie. Il faudroit, comme il est dit dans le troisième volume des mémoires de l'académie de chirurgie, introduire dans le trajet de la piqûure une petite bougie, en applatir le bout extérieur, le coller à la peau, y at-

tacher un fil de crainte qu'elle ne se rompe et ne tombe dans le ventre. En comprimant tout l'intérieur de la plaie, elle s'opposera à l'effusion du sang, comme la canule s'y opposoit pendant son introduction.

L'hydropisie du péritoine attaque les filles et les femmes, celles qui ont eu des enfants et celles qui sont stériles. Les évacuations menstruelles ne sont pas toujours supprimées, elles ne le sont que lors que la maladie est dejà avancée. Ses progrès sont plus lents que ceux de l'ascite: le ventre conserve à peu près la même forme dans les différentes situations du corps, la tumeur a une circonscription particulière, la fluctuation est obscure, les extrémités inférieures ne sont point tuméfiées, ou ne le sont que tardivement, le visage conserve sa couleur naturelle, l'urine est saine, il n'y a dans le commencement de la maladie ni fièvre lente, ni soif ardente, le corps ne maigrit point sensiblement. Les femmes n'éprouvent presque d'autres incommodités que celles qui tiennent au poids et au volume du ventre. Aussi croyent-elles d'abord qu'elles sont

enceintes. Quand elles s'inclinent ou quand elles se retournent, elles ne sentent point le flot du liquide comme dans l'hydropisie ascite. Mais à mesure que la maladie fait des progrès, les douleurs, les coliques, la constipation habituelle, la maigreur surviennent, le kyste s'épaisit et s'ulcère, l'urine devient rougeatre et trouble, la fièvre lente s'empare de la malade qui finit par succomber. Cette hydropisie commence par une ou plusieurs tumeurs isolées, plus ou moins dures, semblables à de grosses hydatides et situées dans le tissu cellulaire du péritoine. Ces tumeurs en grossisant se réunissent pour ne former ensuite qu'une tumeur générale aqueuse. La fluctuation est comme on l'a dit tantôt très obscure et d'autrefois très évidente. La maladie étant parvenue à son dernier période, il est difficile de décider par la vue et par le toucher si c'est une hydropisie ascite, ou une hydropisie du péristoine. Cette connoissance ne peut s'acquérir qu'immédiatement après que la ponction est faite, ou lorsqu'on a pu toucher attentivement le ventre dès le commencement de la maladie. Le nombril est inégalement tuméfié : je l'ai

vu aussi volumineux que le poing d'un adulte. La ponction est un foible secours à offrir aux femmes attaquées de cette hydropisie. Cette opération n'est praticable qu'autant que la fluctuation est sensible et que l'on prévoit pouvoir donner issue à un fluide ordinairement épais, sanguinolent, fétide : la ponction soulage un peu en diminuant le volume du ventre ; mais après l'avoir réitérée une fois ou deux, ces malades périssent des suites de l'ulcération et de la supuration putride du kyste. Les remèdes intérieurs ne sont d'aucune efficacité. On a tenté la cure radicale en incisant ou en ouvrant avec un caustique les téguments du ventre et le kyste lui même pour le faire supurer et exfolier en faisant par la canule d'un troicart des injections détersives, plus ou moins irritantes. On cite en faveur de cette pratique l'observation suivante qui est de Ledran.

Une fille agée de 42 ans avoit tous les symptomes d'une hydropisie enkistée. On lui fit la ponction par laquelle on évacua quinze pintes d'eau bourbeuse, mêlée de sang et très fétide. La ponction faite, il fut possible de sentir à travers les téguments dans la région iliaque gauche une tumeur

squirreuse, ſixe, inégale et qui paroissoit être grosse comme un petit melon. Le ventre ayant peu à peu augmenté de volume et s'étant rempli, Ledran au lieu de réitérer la ponction, ſit une incision à l'endroit de la ligne blanche, au dessous du nombril. Une très grande quantité d'eau bourbeuse et putride sortit par cette plaie. On ſit des injections détersives à l'aide d'une canule introduite et ſixée dans la plaie. Les accidents les plus graves tels que la ſièvre, le délire, les nausées, le vomissement, le dégout survinrent aussitôt et subsisterènt avec violence pendant trois semaines. Dans cet intervalle de temps il sortit tous les jours par la canule huit à dix onces d'une liqueur très infecte. Enſin à force d'injections il s'écoula du pus pendant plus de six mois. On ota la canule, la ſistule se ferma et la malade fut guérie après un traitement de deux ans (1).

Ce ſait est rare. La pratique prouve au contraire que les femmes périssent ordinairement après avoir subi une ou deux ponctions, et plus promptement encore

---

Mém. de l'Acad. de Chirurgie, tom. 2. pag. 442.

après une incision assez grande pour donner un libre accès à l'air extérieur qui hate la gangrene. Une fille est morte à l'age de 82 ans après avoir porté cette maladie pendant quarante quatre ans, sans avoir jamais voulu permettre qu'on lui fit la ponction. Après sa mort, on évacua par l'ouverture du ventre cinquante et une pinte d'un fluide épais, visqueux, fétide, qui déposoit un sédiment salin. Les glandes du mésentère étoit squirreuses, mais tous les viscères du ventre étoient sains (1).

L'hydropisie du péritoine est-elle une maladie particulière aux femmes, comme on le croit ordinairement? Cela est très probable. On cite néanmoins l'exemple d'un jeune homme de St. Gall en Suisse, qui en a été attaqué et qui en est mort en peu de temps. L'examen anatomique a prouvé, dit-on, qu'il avoit une hydropisie du péritoine (2).

L'hydropisie de l'ovaire est ainsi que toutes les hydropisies enkistées une ma-

---

(1) *Medical obs. and inquiries by a society of physicians in London. tom.* 1. *pag.* 8.

(2) *Ephem. natur. curios. cent.* 9. *obs.* 100.

ladie absolument incurable. Elle attaque ordinairement les femmes qui ont eu plusieurs enfants, qui ont avorté, celles dont les lochies ou les évacuations menstruelles ont été supprimées et qui ont eu les accidents que donne l'inflammation de la matrice. On a cependant vu cette hydropisie dans des vierges. Haen (1) en cite un exemple. Une fille robuste, bien réglée, paroissant jouir de la plus parfaite santé, eut dès l'age de seize ans les premiers symptômes de cette maladie. Son ventre se tuméfia d'abord inégalement. Quelques mois après, la fluctuation se fit sentir. On fit successivement huit ponctions par lesquelles on évacua une grande quantité de fluide tantôt épais, rougeâtre, tantôt limpide et inodore. Cette fille mourut aprés avoir porté sa maladie pendant environ un an. L'ovaire droit formoit un grand kyste qui remplissoit presque tout le ventre. L'ovaire gauche étoit dur, squirreux et deux fois plus gros qu il ne l'est dans l'état naturel.

Lorsque la tumeur est très volumineuse,

(1) *Ratio medendi. tom.* 6. *part.* 11. *cap.* 4.

lorsqu'elle occupe tout le ventre, on peut la prendre pour une hydropisie ascite, ou pour celle du péritoine. Mais dans son principe l'hydropisie de l'ovaire forme une tumeur circonscrite, inégale située dans un des côtés de l'hypogastre. La malade éprouve une douleur sourde, obtuse qui donne un sentiment de pésanteur. L'ovaire a déjà acquis un volume considérable, il est quelquefois gros comme le poing d'un adulte, et la malade ne souffre point assez pour soupçonner qu'elle porte le germe d'une maladie mortelle. Quand l'ovaire est peu tuméfié, on ne peut le toucher et le sentir que dans des femmes maigres et dans quelques situations particulières. La tumeur située sur la partie inférieure et latérale du ventre est mobile sous la main, elle devient avec le temps plus fixe, plus étendue, plus gênante et plus douloureuse. La santé de la malade n'est cependant pas sensiblement altérée, les viscères du bas ventre font encore bien leurs fonctions, l'urine est saine, mais avec le temps la cuisse du côté malade s'engourdit et devient œdémateuse. Si l'ovaire contient plusieurs

kystes, on en distingue quelquefois les inégalités par le toucher. La tumeur contracte des adhérences avec les parties voisines. L'eau est tantôt claire et inodore, tantôt trouble, épaisse, visqueuse et fétide. Quelquefois c'est une subsistance gélatineuse : d'autrefois c'est un fluide noirâtre, bourbeux qui a la consistance du blanc d'œuf. On a trouvé toutes ces variétés dans le même sujet. Enfin la leucophlegmatie survient lorsque la maladie est à son dernier dégré. La ponction est le seul palliatif qui puisse diminuer le volume de la tumeur et soulager un peu la malade. Tout autre remède est inutile ou nuisible. Quelques auteurs ont cependant proposé d'entreprendre la cure radicale en ouvrant la tumeur, en la faisant supurer, ou en excisant le kyste. Mais un instant de réflexion suffit pour concevoir que l'excision du kyste est impraticable. Quant à l'ouverture de la tumeur, elle peut accélerer la mort en procurant l'épanchement du liquide dans le ventre, lorsque le kyste n'est pas parfaitement adhérent aux parties qui l'environnent et hâter la gangrene en donnant

accès à l'air extérieur. Enfin il est possible qu'on n'évacue aucun fluide, même en faisant la ponction.

CHAPITRE IV.

De l'Opération Césarienne.

L'OPÉRATION césarienne consiste à faire au ventre et à la matrice d'une femme enceinte une incision assez grande pour extraire un fétus qui ne peut absolument sortir par la voie naturelle trop étroite. On fait cette opération dans deux circonstances différentes. 1°. Lorsqu'une femme meurt avant que d'être accouchée d'un enfant que l'on présume être vivant. 2°. Lorsque dans une femme vivante, l'accouchement par la voie naturelle est impossible. Dans le premier cas, c'est-à-dire, lorsqu'une femme arrivée au terme ordinaire de la grossesse meurt subitement soit d'apoplexie, soit dans les douleurs de l'accouchement, ou par un accident quelconque, on doit pour conserver la vie du fétus faire l'opération césarienne immédiatement après qu'on a acquis la certitude de la

mort de la mère. Quelques observations prouvent que dans cette circonstance, l'opération ſaite sans délai à eu des succès heureux et l'expérience ayant appris qu'un enſant né à sept mois révolus peut vivre et parvenir, même à un âge avancé, on ne doit pas négliger de ſaire cette opération à une femme qui meurt dans le septième ou dans le huitième mois de sa grossesse.

Lorsqu'on se sera bien assûré que la ſemme est réellement morte, on incisera avec un bistouri droit la partie antérieure du ventre depuis le nombril jusqu'au pubis. On ſera à la matrice une semblable incision longitudinale, on ouvrira les membranes, on tirera le fétus et on ſera la ligature du cordon ombilical. La seule attention qu'on doive avoir en opérant, est de ne point ouvrir le canal intestinal dont on apperçoit les circonvolutions, aussitôt après l'incision de la ligne blanche, de ne point en incisant la matrice dont les parois sont minces plonger trop avant le bistouri, afin de ne point blesser le fétus.

L'enſant qui vient au monde par cet artifice est ordinairement ſoible et languissant.

On

On le ranimera en souflant fortement dans sa bouche, en y versant quelques gouttes de vin, en l'enveloppant de linges chauds, en lui mettant du vinaigre sous les narines. Quoique l'opération césarienne faite après la mort de la mère, n'ait pas ordinairement un heureux succès, il vaut mieux cependant la faire plusieurs fois inutilement, que de manquer une seule occasion de donner la vie à un enfant. Et en cela, les loix sont d'accord avec la raison et l'humanité.

Il seroit affreux de se méprendre jusqu'au point de faire inutilement cette opération à une femme que l'on croiroit morte, mais qui ne seroit qu'en syncope, et qui rappellée à la vie par les secours de l'art pourroit ensuite accoucher naturellement. La prudence exige donc qu'on ne procède à l'opération qui doit être faite sans délai, si l'on veut conserver la vie du fœtus, qu'après la certitude acquise que le cœur ne bat plus et que la femme ne donne pas la plus légere marque de sensibilité. Pour éviter toute espèce de reproche, surtout de la part du peuple, on ne commencera l'opération que lorsque les assista ts seront bien convaincus que la mort est certaine;

L'observation suivante prouve en effet qu'il est quelquefois difficile de décider si une femme est réellement morte, ou si elle est seulement en asphixie.

Un chirurgien de Douai, n'ayant pu se rendre auprès d'une femme de la campagne, aussitôt qu'il fut appellé pour l'accoucher, on lui dit en y arrivant qu'elle étoit morte depuis deux heures et on le pria de faire l'opération césarienne. Cette femme conservoit encore un peu de chaleur et de souplesse dans les membres : l'orifice de la matrice étoit très dilaté et la poche des eaux bien formée. Ce chirurgien se décida à faire l'accouchement par la voie ordinaire, retourna l'enfant, l'amena par les pieds et fit l'extraction du délivre. On crut d'abord que l'enfant étoit mort, mais les soins qu'on lui donna le ranimèrent : quelques heures après avoir reçu la vie il crioit aussi fort que s'il fut né le plus heureusement. Le chirurgien avant que de s'en aller fit découvrir la femme que l'on croyoit morte, alors depuis sept heures. Les parents d'après son conseil, promirent de ne l'ensevelire que lorsqu'elle seroit entièrement refroidie. Vers la fin du jour elle étoit res-

suscitée. C'étoit le 8 septembre 1745. Elle vivoit encore ainsi que son enfant dans le mois d'aout 1748 : mais elle étoit sourde, paralytique, et presque muette (1).

Cette observation nous apprend que *si* l'on trouvoit après la mort d'une femme enceinte des dispositions aussi favorables à l'accouchement que celles dont il vient d'être fait mention, il faudroit préférer l'extraction de l'enfant par la voie ordinaire à l'opération césarienne qu'il est toujours prudent de faire avec autant de précaution sur une femme morte que sur une femme vivante.

Cette opération se fait sur la femme vivante lorsqu'à raison de la mauvaise conformation du bassin, l'accouchement est impossible par la voie naturelle. Cette mauvaise conformation consiste dans un rétrécissement du bassin soit de devant en arrière, soit d'un côté à l'autre, ou dans tous les sens. Rétrécissement qui est quelquefois tel qu'un fœtus à terme et bien constitué ne peut absolument passer à travers une ouverture trop étroite, sans perdre la

(1) Journal des Savants, année 1749.

vie. Des observations multipliées ont appris que le détroit supérieur du bassin est plus souvent mal conformé que le détroit inférieur. C'est presque toujours de devant en arrière qu'il manque de largeur. Quand le bassin est resséré au point que le petit diametre du détroit supérieur n'a que deux pouces et demi, la sortie de l'enfant à terme ne peut se faire par cette voie, et l'opération césarienne est indiquée, si l'on veut conserver la vie de l'enfant (1). On reconnoit ce vice du bassin par le toucher. Pour mesurer ce petit diametre, on se sert d'un compas d'épaisseur dont l'application est facile et n'offre rien de douloureux, ni de fatiguant pour les femmes : application qui peut se faire dans tous les temps et sur toutes sortes de sujets. On prend l'épaisseur du corps de la femme depuis le milieu du mont de vénus jusqu'au centre de la dépression de la base de l'os sacrum,

---

(1) La longueur du petit diamètre du détroit supérieur qui s'étend depuis le milieu de la saillie de l'os sacrum jusqu'à la symphise du pubis intérieurement, est en général de quatre pouces dans les femmes bien conformées.

en appliquant l'une des pointes du compas en devant à la hauteur de la symphise du pubis et l'autre en arriere un peu au dessous de l'épine de la dernière vertèbre lombaire. On ote trois pouces de cette épaisseur chez les femmes qui sont maigres, tant pour celle de la base de l'os sacrum, que pour celle des os pubis. Car il est reconnu que l'épaisseur des os pubis n'est que de six lignes et que celle de l'os sacrum est de deux pouces et demi. D'après ces données, la connoissance du petit diamètre du détroit supérieur s'obtient aisément. Il est de quatre pouces, lorsque l'épaisseur extérieure du bassin en présente sept entre les jambes du compas. Il n'en a que trois, lorsque celle ci n'est que de six : et deux seulement quand cette dernière n'est pas au-de-là de cinq.

On peut encore connoître avec exactitude la longueur du petit diamètre du détroit supérieur en introduisant dans le vagin le doigt indicateur de la main droite. On porte l'extrémité de ce doigt jusque sur le milieu de la plus grande saillie de la base de l'os sacrum près sa jonction au corps de la dernière vertèbre des lombes, et en relevant le poignet on applique le bord ra-

dial de ce même doigt sur le bord inférieur de la symphise du pubis. On marque sur ce doigt avec l'ongle de l'index de l'autre main le point sur lequel tombe la symphise, et après avoir retiré le doigt du vagin, on a depuis le point marqué jusqu'à l'extrémité du doigt la mesure de la ligne qui descend obliquement du milieu de la saillie de l'os sacrum jusqu'au bord inférieur de la symphise du pubis. Cette ligne est d'un demi pouce plus grande, à raison de son obliquité, que celle qui s'étendroit directement depuis le même point de l'os sacrum jusqu'à l'intérieur de la symphise du pubis. Pour peu que l'on soit exercé à ces sortes de recherches, on ne peut jamais se tromper en suivant ce procédé.

Lorsqu'on se sera bien assuré que l'opération césarienne est indispensablement nécessaire, à raison de la conformation vicieuse du bassin, on disposera la femme à cette opération pendant le dernier mois de sa grossesse par la saignée, le bain tiède, les lavements, les boissons adoucissantes et le régime. Deux ou trois jours avant que d'opérer, on fera prendre un purgatif à la malade. Si l'on n'est appellé que lorsqu'elle

a été fatiguée pendant plusieurs jours par des douleurs inutiles pour accoucher, si le vagin et la matrice ont été contus, si des tentatives infructueuses ont fait périr l'enfant, le succès de l'opération est alors très équivoque. On ne doit toujours la faire que lorsque le travail de l'accouchement est bien décidé, lorsque le col de la matrice est effacé et son orifice ouvert, lorsque les eaux ne sont point encore écoulées.

L'appareil consiste en un bandage de corps, des compreses, de la charpie, et des emplâtres agglutinatifs. On aura une éponge pour absorber le sang, un bistouri droit un peu long pour faire l'incision. La malade sera située horizontalement dans son lit, la tête un peu élevée par des oreillers, les bras et les jambes solidement maintenus par des aides. Le lit sera garni de draps pour n'être point sali par l'écoulement du sang et des eaux.

Cette opération a été faite de différentes manières. On a d'abord pensé qu'il suffiroit de faire près le bord externe du muscle droit une incision longitudinale d'environ six pouces, au côté droit ou gauche du ventre, selon que la matrice est inclinée

et fait une saillie plus ou moins grande d'un côté ou de l'autre. Cette incision s'étendoit depuis la région du nombril jusqu'à trois ou quatre travers de doigts de distance de l'aine. Après avoir coupé la peau et les muscles, on incisoit la matrice dans sa portion supérieure et l'on prolongeoit cette incision jusques près le col de ce viscère. Le fœtus et le placenta ôtés, on faisoit la suture dite *enchevillée*, on appliquoit l'appareil et l'on mettoit la malade à la diète.

En suivant ce procédé on a vu que la plaie de la matrice ne correspondoit pas à celle des téguments et qu'une portion d'intestin s'engageoit et s'étrangloit quelquefois dans la plaie de ce viscère qui restoit ouverte. Il se faisoit dans la cavité du ventre un épanchement sanguin qui n'avoit pas une issue libre au dehors, le ventre se tuméfioit, devenoit douloureux, et les lèvres de la plaie déchirées par les points de suture qui les traversoient ne pouvoient être rapprochées que très-difficilement. Enfin lorsqu'une femme avoit le bonheur de résister à tous ces accidents, la hernie ventrale étoit la suite ordinaire de cette opération.

Ce procédé a donc été rejetté et l'on en a cherché un plus sûr. On a proposé d'inciser le bas ventre et la matrice à l'endroit même de la ligne blanche, entre les muscles droits. On a pensé que la cicatrice seroit plus solide à la ligne blanche que sur le côté, et que par conséquent la hernie consécutive seroit moins à craindre, ce qui n'est pas bien prouvé. Mais la ligne blanche est l'endroit où la matrice fait le plus de saillie, elle pose immédiatement contre les parois antérieures du ventre : les téguments incisés, elle vient pour ainsi dire au devant de l'opérateur et se présente pour être ouverte avec la plus grande facilité. En revenant graduellement à son volume naturel dans le cours de la cure, sa plaie correspond un peu mieux à celle des téguments, ce qui facilite l'évacuation des eaux et du sang lors de l'extraction du placenta, et ce qui empêche le sang de s'épancher dans la cavité du ventre. Les points de suture sont inutiles, et le bandage le plus simple est celui qui convient le mieux, parce que cette grande plaie étant très compliquée, elle ne demande pas à être réunie sur le champ. La malade couchée horizontale-

ment dans son lit, on commencera par vuider la vessie, afin d'en éviter la lésion. Un autre posera ses deux mains sur les côtés du ventre pour tendre la peau et soutenir la matrice. Un autre placera une de ses mains au-dessus du nombril pour empêcher que les intestins ne paroissent à l'angle supérieur de la plaie. Le chirurgien placé du côté gauche de la malade fera avec un bistouri droit une incision longitudinale qui commencera deux pouces immédiatement au-dessus du centre de la symphise du pubis et se prolongera en suivant une ligne droite un pouce au-dessous du nombril. On ne continuera l'incision vers la partie inférieure que lorsqu'on pourra passer un doigt dans l'ouverture des téguments, afin de sentir la vessie, de ne point la blesser et de savoir jusqu'à quel degré on peut inciser. La peau et la ligne blanche étant divisés, on sentira et on touchera la matrice qu'il faut ouvrir le plus haut possible et assez grandement pour permettre l'extraction de l'enfant. Si l'on recommande d'inciser la matrice le plus haut possible, c'est parce qu'il faut toujours avoir en vue la diminution de son volume et

ſaire ensorte que les deux plaies se correspondent. Pour cet effet, l'incision des téguments sera basse et celle de la matrice très-haute. Les aides poussant toujours vers l'extérieur de ce viscère, il ne sera pas difficile de l'inciser vers sa partie supérieure, sans craindre l'issue des intestins. La matrice ouverte, on fera l'extraction de l'enfant par les pieds, à moins qu'il ne présente naturellement la tête. On rapprochera les lèvres de la plaie, sur-tout dans son milieu, à l'aide de longues bandes d'emplâtre agglutinatif par dessus lesquelles on appliquera des compresses et le bandage de corps. La malade sera mise à la diète.

L'opération pratiquée de cette manière a été faite en 1778 par Deleurye. La malade éprouva divers accidents auxquels elle a résisté. Après sa guérison, la cicatrice qui étoit ferme et solide avoit trois pouces de longueur. Cependant au bout de six mois il parut à la partie supérieure de cette cicatrice une hernie formée par l'épiploon et du volume d'une noix. Plusieurs femmes opérées selon le même procédé sont mortes peu de jours après l'opération, et l'on a vu l'épiploon et les intestins sortir par la plaie

pendant et après l'incision de la ligne blanche. Ces femmes sont mortes des suites de l'inflammation de la matrice et du canal intestinal, maladie qui détermine toujours des accidents très-graves et dont la femme opérée par Deleurye a été atteinte. En réfléchissant sur ce procédé, on sentira aisément que l'inflammation et même la gangrene de la matrice, que l'insertion d'une portion d'intestin entre les lèvres de la plaie de cè viscère, qu'un épanchement sanguin, laiteux ou puriforme dans le ventre, que le boursouflement des intestins occasionné par la raréfaction de l'air qu'ils contiennent sont des accidents communs à l'opération faite à la ligne blanche et à celle qui est faite latéralement.

On a cru pouvoir prévenir tous ces accidents en faisant au ventre et à la matrice une incision transversale de cinq pouces, entre le bord externe du muscle droit, et la colonne vertébrale, plus ou moins au-dessous du rebord des fausses côtes, selon que le fond de la matrice en est plus ou moins éloigné. Celui qui a conseillé de suivre ce procédé veut qu'on n'ait point égard au volume du ventre, mais à celui de la

matrice, afin de ne pas courir le risque de faire sur des femmes très-grasses l'incision au-dessus de ce viscère, comme cela est arrivé (1). Selon cet auteur, on opérera du côté droit, ou du côté gauche, selon que la matrice sera inclinée de l'un ou de l'autre côté. Si son fond est élevé, l'incision doit l'être aussi. Les téguments et les muscles du bas ventre étant coupés transversalement, on ouvrira la matrice dans la même direction. On n'incisera pas le placenta, mais on le détachera en partie. On laissera couler le sang par la plaie jusqu'à une certaine quantité, pour dégorger les vaisseaux utérins et s'opposer à l'inflammation consécutive du bas ventre. On glissera deux doigts entre la matrice et le placenta, on rompera les membranes et l'on fera l'extraction de l'enfant. La sortie du placenta par la plaie étant presque toujours spontanée, si on l'incisoit, une partie pourroit être chassée tandis que l'autre resteroit inhérente à la matrice. Cette circonstance nécessiteroit l'introduction de la main dans

(1) Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne, par Lauverjat, Paris, 1788, in-12.

ce viscère, ce qui ajouteroit au danger de l'opération. Il faut donc éviter d'inciser le placenta. L'accouchement terminé, on fera par le vagin une injection émolliente pour entrainer au-dehors les caillots de sang qui pourroient être restés dans la matrice. Après l'opération on fera coucher la malade du côté de la plaie, afin de procurer la sortie de l'eau ou du sang épanché dans le ventre. On ne fera pas de points de suture. De la charpie sèche, des compresses et un bandage de corps composeront tout l'appareil. On ne se servira des emplâtres agglutinatifs pour maintenir les lèvres de la plaie rapprochées que plusieurs jours après l'opération. Si la matrice, si une portion d'épiploon contracte des adhérences avec les lèvres de la plaie, on évitera de détruire ces adhérences que ce même auteur croit qu'il est utile de conserver. Il pense encore que l'incision transversale de la matrice procure à la partie inférieure de ce viscère une cavité propre à recevoir les lochies, pour qu'elles sortent par la voie naturelle au lieu de s'épancher dans le ventre. Il dit avec raison que la plaie transversale faite à la peau et aux muscles est

plus susceptible de réunion que si elle étoit longitudinale, la situation de la malade concourant naturellement à cette réunion. Selon lui, lorsque la matrice est incisée longitudinalement il en résulte une plaie dont les lèvres restent écartées l'une de l'autre, ce qui n'arrive point quand l'incision est transversale. Enfin de plusieurs femmes opérées selon ce procédé, les unes sont mortes d'épanchement de sang dans le ventre, les autres ont été guéries.

De quelque manière qu'on fasse l'opération césarienne, le succès en sera toujours très équivoque. Il est, à ce que je crois, plus rationel de la faire à la ligne blanche, que d'inciser transversalement le bas ventre et la matrice. Si cette opération a eu une heureuse terminaison lors même qu'elle a été faite par des personnes peu instruites, et si au contraire plusieurs femmes sont mortes après avoir été opérées par des chirurgiens expérimentés, c'est que le succès d'une opération auss grave, est nècessairement fondé sur le concours de plusieurs causes. Elle doit toujours être faite avant l'écoulement des eaux, dans le moment du travail. La femme doit être

disposée à cette opération par les remèdes indiqués ci-dessus, long-temps avant qu'on la fasse. On doit prévenir sa nécessité, bien loin de fatiguer inutilement par le forceps ou avec les mains une femme qui n'a d'autre ressource pour accoucher et pour sauver sa vie, que celle de cette même opération. Quant aux points de suture, mon avis bien formel est qu'il n'en faut point faire et qu'on doit leur substituer de larges bandes d'emplâtre agglutinatif, parce qu'une plaie de cette nature est très-compliquée, et ne demande point à être promptement réunie, quand même cela seroit possible.

Lorsque le bassin n'est vicié que jusqu'à un certain point, l'accouchement devient difficile, sur-tout si l'enfant est d'un volume considérable. Quelques praticiens ont conclu de cette observation qu'un fœtus étant viable à sept mois et moins volumineux que celui qui en a neuf, il seroit possible qu'une femme qui, arrivée au terme ordinaire de la grossesse, ne pourroit accoucher que par l'opération césarienne, accouchât au contraire naturellement à sept ou huit mois, sans danger pour elle

et

et pour son enfant peu volumineux. On a dit qu'il seroit avantageux dans certains cas de hâter l'accouchement, de le terminer dans le courant du septième mois, l'enfant étant viable, mais petit, en faisant prendre long-tems des bains tiédes, en faisant des injections et des fumigations émollientes, en disposant peu-à-peu la femme à un travail prématuré, afin de la délivrer d'un enfant qui, restant plus long-tems dans l'utérus, n'en pourroit plus sortir par la voie naturelle. Les tentatives qu'on a faites à cet égard, ont prouvé que l'accouchement prématuré est beaucoup plus nuisible qu'utile aux enfans dont la naissance est impossible au terme de neuf mois, à cause de la mauvaise conformation du bassin. Il est d'ailleurs très-difficile de décider si une femme est enceinte de sept ou de huit mois. Et pour peu qu'on y réfléchisse, on conviendra qu'il n'y a nulle parité entre un accouchement qui se fait naturellement à sept mois et celui que l'art détermine contre le vœu de la nature. La mort de la mère et de l'enfant pouvant être la suite d'une sémblable manœuvre, on ne doit point la présenter comme un secours contre

les dangers de l'opération césarienne. Il seroit beaucoup plus conforme aux vrais principes de l'humanité de défendre le mariage à ces filles rachitiques, difformes, désavouées par la nature pour être mères, qui ne le deviennent qu'en se détériorant, qu'en s'exposant à une opération douloureuse, incertaine, et en faisant de leur vie un sacrifice inutile à la société. Au reste, avant que de se déterminer à faire l'opération césarienne, on commencera toujours par en constater l'indispensable nécessité. Il seroit affreux de faire subir inutilement à une femme une opération aussi grave que celle dont il s'agit : et cette faute n'a été commise que trop souvent. On a fait l'opération césarienne à plusieurs femmes qui sont ensuite accouchées d'enfans vivans par les seules forces de la nature.

Lorsque la conformation vicieuse du bassin ne laisse d'autre ressource pour conserver la vie de la mère et celle du fœtus que l'opération césarienne, un médecin de Paris, Sigaut, a pensé qu'il seroit possible de remédier à ce vice de conformation, en désunissant par une section méthodique les os pubis dans leur symphise

cartilagineuse, afin d'aggrandir le bassin trop étroit. Cette idée parut ingénieuse et fut saisie avec avidité. On regarda la section de la symphise du pubis comme une opération moins dangereuse et plus simple que l'opération césarienne. Il s'agissoit de savoir quel seroit le dégré d'ampliation que donneroit au cercle du bassin la section des cartilages du pubis. On fit des expériences et l'on reconnut que la simple section de cette symphise ne donnoit au bassin qu'environ six lignes d'ampliation spontanée, qu'une étendue plus grande ne s'obtenoit qu'en écartant fortement les cuisses de la femme, et en déchirant le périoste et les ligamens sacro-iliaques, que dans ce cas là même, le diamètre transversal du bassin presque toujours assez grand, le devenoit un peu davantage en acquérant les six lignes d'ampliation spontanée, mais que le petit diamètre du détroit supérieur, dont l'étroitesse forme l'obstacle principal à la sortie du fœtus, n'augmentoit point en étendue. Il étoit naturel de conclure de ces expériences, que la section de la symphise du pubis est une opération inutile, puisqu'elle ne remédie point à l'étroi-

tesse du diamètre antérieur du bassin, et qu'elle est nuisible, puisqu'elle n'augmente sans nécessité le diamètre transversal qu'en dilacérant et en désunissant les symphises sacro-iliaques. Cette vérité fut encore confirmée par l'opération faite à plusieurs femmes qui en moururent ainsi que leurs enfans, et dans lesquelles on vit les symphises sacro iliaques dilacérées. On la fit ensuite inutilement à d'autres femmes qui accouchèrent dans la suite spontanément, et par les seules forces de la nature. L'auteur de ce procédé opératoire l'employa lui-même sans succès sur trois femmes, dont les enfans périrent en passant par l'ouverture trop étroite du bassin, malgré l'ampliation que lui donna la désunion de la symphise du pubis. Dans une de ces trois femmes, le petit diamètre du détroit supérieur avoit deux pouces et demi d'étendue. La section de la symphise étant faite, l'extraction de l'enfant par les pieds, fut longue et pénible. La tête éprouva beaucoup de difficultés à franchir le détroit. L'enfant sorti ne donna que des signes de vie très équivoques; s'il a vécu, sa mort a été prompte : la mère ne lui a survécu

que cinq jours. L'ouverture de son corps m'a fait voir ainsi qu'à plusieurs assistans, une gangreme non équivoque aux parties génitales, et les symphises sacro iliaque dilacérées. L'opération césarienne étoit clairement indiquée dans ce cas. Il est en effet bien reconnu que lorsque le petit diamètre du détroit supérieur n'a que deux pouces et demi d'étendue, un fœtus à terme et bien constitué ne peut passer par une ouverture aussi étroite, sans perdre la vie. Quand ce diamètre est de trois pouces, l'opération césarienne n'est plus indiquée, parce qu'on peut, à l'aide du forceps, saisir la tête de l'enfant et l'extraire vivant. Il s'agit donc de savoir si la section de la symphise du pubis peut procurer ces six lignes d'étendue au petit diamètre du détroit supérieur et suppléer alors très avantageusement l'opération césarienne. La réponse à cette question est que ce petit diamètre, que l'on suppose être de deux pouces et demi, ne peut acquérir ces six lignes sans tuer nécessairement la mère par la di jonction et la dilacération des symphises sacro-iliaques. Tel est le résultat de l'expérience et de toutes les observations faites jusqu'à ce

jour. On peut donc affirmer que dans le cas le plus favorable à la section de la symphise, elle ne peut jamais suppléer l'opération césarienne.

La gastrotomie, c'est-à-dire l'incision du bas ventre est encore indiquée dans certains cas de rupture ou crevasse de la matrice. Cet accident n'est point aussi rare qu'on pourroit le croire. On lit dans les mémoires de l'accadémie des sciences de Paris, année 1724, que Grégoire, célèbre accoucheur, avoit vu arriver seize fois ce funeste accident dans l'espace de trente ans. La rupture de la matrice peut se faire pendant le cours de la grossesse vers la fin de la grossesse et dans le moment des efforts et des plus vives douleurs de l'accouchement. Le fœtus passe en totalité, ou en partie dans le ventre et quelquefois avec le placenta à travers la matrice déchirée. Le sang s'écoule au dehors par le vagin et s'épanche aussi dans la cavité abdominale. On sent les membres du fœtus sous les tégumens. La femme éprouve dans le moment de l'accident une douleur déchirante, son pouls s'affoiblit, ses yeux s'obscurcissent, elle tombe en syncope, le ventre change de forme et devien très doulou-

reux. Si la rupture se fait dans le moment du travail, les douleurs de ce travail cessent, la femme ne sent plus remuer son enfant et éprouve une impossibilité absolue pour accoucher. Il est de fait que la matrice peut se rompre dans son fond, ou inférieurement près de son col, à droite, ou à gauche, antérieurement, ou postérieurement. L'inspection anatomique a fait voir que la substance de la matrice est très mince dans l'endroit où la crevasse s'est faite, que les bords de cette crevasse sont toujours gangrénés, qu'elle se fait presque toujours près le col de la matrice et qu'alors le fond, le col et les côtés de ce viscère sont ordinairement très épais. Plusieurs observations prouvent qu'une femme peut périr dans l'espace de vingt-quatre heures après un pareil accident. D'autres résistent beaucoup plus longtemps et ne meurent qu'au bout de quinze ou vingt jours. Cela dépend de la grandeur de la crevasse, du lieu où elle se fait et de la partie plus ou moins volumineuse du fœtus qui passe dans le ventre. Tantôt c'est la tête, et tantôt c'est le pied ou la main. Un coup sur le ventre, une contusion, une chûte sur les genoux,

sur les ſesses ou sur le dos peuvent occasionner une crevasse de la matrice. Les auteurs varient beaucoup sur ce qu'ils appellent les causes internes de cet accident. Mais ils disent tous que le fœtus par des mouvemens convulsifs et brusques peut créver la matrice avec ses pieds ou avec ses mains. N'est-il pas vraisemblable qu'il y avoit primitivement dans ce viscère lors de son développement pendant la grossesse un point foible, une partie plus mince que les autres qui se rompt et se déchire dans le moment du travail, surtout si le col ou le fond de la matrice offre par une cause quelconque, une rigidité, ou une résistance presque insurmontable ?

Si le pied seul, ou la main du fœtus passe dans le ventre à travers la crevasse de la matrice, tandis que le reste du corps est dans la cavité de ce viscère, il faut alors accoucher la femme par la voie ordinaire, faire l'extraction du placenta et repousser, s'il est possible, dans le ventre la portion d'intestin qui est entré dans la matrice ; la contenir avec la main, jusqu'à ce que par la contraction de ce viscère son ouverture accidentelle soit exactement

fermée. Mais si tout le corps du fœtus est passé dans le ventre, il ne faut point le retirer par le vagin, quand même cet accouchement seroit possible, il faut comme Vesling (1) l'a dit le premier, faire sans délai au ventre de la mère et dans le lieu même où l'on sent le corps du fœtus sous les tégumens une incision assez grande pour l'extraire et pour donner issue au sang qui est épanché. On lit dans le journal de médecine de Paris, année 1768, page 448, que cette opération a été faite avec succès sur une femme qui pendant les douleurs de l'accouchement eut une rupture de matrice. On incisa les téguments sur la tumeur et l'on fit l'extraction d'un enfant qui étoit dans le ventre. On évacua le sang qui étoit épanché dans cette cavité. La Malade fut, dit-on, guérie dans l'espace de trente jours, malgré les points de suture que l'on fit à la plaie du bas ventre et qui n'empêchèrent point une portion d'intestin et d'épiploon de sortir à travers les bords de la division. Un praticien d'Orléans, nommé Lambron a, en pareille circons-

(1 *Syntagma anatomicum*, *cap.* 7.

tance, sauvé deux fois la vie à la même femme qui ayant survécu à deux ruptures de matrice et à deux incisions du bas ventre, est devenue enceinte pour la troisième fois et est accouchée naturellement. Mais il est essentiel pour ne rien donner au hazard dans un cas aussi grave de distinguer le temps où se fait la rupture de la matrice. Si cette rupture arrive pendant le cours de la grossesse, il faut nécessairement faire au bas ventre une incision sur la tumeur elle-même, afin d'extraire le fœtus qui est un corps étranger et donner issue au sang épanché dans la cavité abdominale. On ne peut, dans un cas pareil, mettre prématurément la femme en travail, ni dilater le col de la matrice, qui n'est pas susceptible de dilatation. Au contraire, si la rupture de la matrice se fait dans le moment du travail, si son orifice est ouvert, en un mot s'il est possible de porter la main dans la cavité de ce viscère, on doit tenter d'extraire le fœtus par la voie naturelle, en supposant qu'il n'est pas passé en totalité dans le ventre.

On nomme grossesse extra-utérine, ou grossesse par erreur de lieu celle dans la-

quelle le fœtus n'est pas contenu dans la matrice. Il se forme, s'accroit et se déve-loppe quelquefois dans l'ovaire, dans la cavité du ventre, ou dans la trompe, ce qui constitue trois espèces de grossesses extra-utérines. Lorsque le temps marqué par la nature pour que l'accouchement se fasse est arrivé, on ne trouve alors aucune dis-position pour ce travail, aucun change-ment à l'orifice de la matrice, la poche des eaux ne se forme point. Le ventre est prin-cipalement tuméfié dans l'endroit où le fœtus est situé, il en résulte une tumeur circonscrite, immobile, inégale dans la-quelle on sent obscurément le corps du fœ-tus sous les tégumens. Il est toujours plus petit que celui qui est naturellement con-tenu dans la matrice. Pendant tout le temps de cette grossesse, la femme éprouve de vives douleurs produites par la distension de la trompe ou de l'ovaire qui tient lieu de kiste dans lequel le fœtus est renfer-mé. Si ce kiste se crève pendant les pre-miers mois de la grossesse, le fœtus passe dans le ventre et la femme meurt ordinai-rement d'hémorrhagie dans un espace de temps fort court. Cet accident n'arri-

vant pas, le kiste restant dans son entier, quelques femmes portent pendant un grand nombre d'années et même pendant toute leur vie leurs enfans dessechés et renfermés dans une poche dure, osseuse qui ne les incommode que par sa pesanteur, par son volume et par des douleurs sourdes. D'autrefois la nature a fait des efforts souvent impuissants pour débarrasser les mères de ce fardeau, en ouvrant des abcès au nombril, à l'aine, au rectum, dans un des points de la circonférence du bas ventre : abcès qui ont permis d'extraire avec plus ou moins de succès et de facilité les débris du fœtus qui s'étoit putréfié dans le lieu où il s'étoit formé contre les loix ordinaires de la nature. Albucasis est le premier qui ait transmis dans ses ouvrages un fait semblable observé depuis par un grand nombre d'auteurs. Il dit qu'une femme eut long-temps après sa grossesse un abcès qui s'ouvrit de lui-même au nombril et duquel il retira successivement les os d'un fœtus. Cet abcès suppura pendant long-tems et dégénéra en une fistule qui subsista pendant plusieurs années, sans altérer sensiblement la santé de cette femme.

Les seuls efforts de la nature ont rarement suffi pour sauver la vie de la mère. Le plus souvent les secours de l'art ont été d'une indispensable nécessité. Ces secours bien administrés consistent d'abord a bien connoître la maladie et ensuite à faire au bas ventre une incision pour donner une issue libre au pus et pour extraire les débris d'un fœtus que l'on doit considérer comme un corps étranger dont il est absolument nécessaire de débarrasser la femme, si l'on veut conserver ses jours. Cette incision doit être faite sur le lieu même que la nature indique par la formation d'un abcès, d'une fistule qu'il faut aggrandir. Le temps de faire cette opération est toujours de nécessité, lorsque la femme éprouve plutôt ou plutard après la mort de son enfant des accidents qui sont le produit d'une suppuration intérieure très fétide qui s'annonce à l'extérieur par l'inflammation des téguments et par des abcès gangréneux. On ne doit donc opérer que lorsque la nature indique positivement la route qu'il faut suivre. Mais quelquefois aussi l'inflammation et la supuration ne se manifestent point à l'extérieur, le kiste qui contient le fœtus se

créve ; les matières putrides qu'il renferme s'épanchent dans le ventre et la malade meurt dans un espace de tems fort court.

CHAPITRE V.

De la Hernie Inguinale.

Une hernie est une tumeur formée par la sortie de quelqu'une des parties naturellement contenues dans le ventre. La partie déplacée est enfermée dans une poche membraneuse plus ou moins épaisse, formée par le péritoine. Cette poche se nomme sac herniaire.

On distingue les hernies par des noms différents relativement au lieu qu'elles occupent et aux parties qui les forment. De-là les noms de hernie inguinale, crurale, ombilicale, ventrale, etc, et ceux de hernie intestinale, épiploïque, entéro-épiploïque etc. Tout ce qui relâche, tout ce qui affoiblit le mésentère, le péritoine et les parois du bas ventre, dispose à la formation d'une hernie qui se manifeste ensuite après des efforts plus ou moins violents. Ainsi la

grossesse, l'hydropisie ascite, la maigreur qui survient subitement après un embonpoint excessif, la toux opiniâtre, le chant, les cris, les chûtes, les coups, les inspirations longtems retenues, l'équitation, la danse, l'usage des instruments à vent, le vomissement, les efforts que font pour rendre leurs excréments ceux qui sont habituellement constipés, sont les causes ordinaires des hernies.

C'est pourquoi, lorsqu'après un effort quelconque, il se manifeste au nombril, à l'anneau inguinal, ou au pli de la cuisse, une tumeur molle, plus ou moins sensible, il est probable que cette tumeur est une hernie. Cette probabilité devient une certitude, si la tumeur n'a pas toujours le même volume, si elle diminue par le froid, ou disparoit entièrement par la pression de la main, le sujet étant à jeun situé horisonalement, si elle augmente après le repas, quand on se tient debout, quand on fait le plus petit effort.

Il est souvent difficile de décider si la hernie est intestinale, ou épiploïque. On la croit intestinale, lorsque la tumeur est tantôt plus, tantôt moins volumineuse, lors-

qu'elle est égale, élastique, un peu tendüe, lorsque le malade y ressent des borborigmes, lorsqu'on entend une sorte de bruit, de gargouillement quand elle rentre. On la croit épliploïque, quand elle est inégale, pâteuse, quand sa réduction se fait lentement, difficilement et n'est accompagnée d'aucun bruit.

Le péritoine sorti par l'anneau inguinal sous la forme d'un sac produit une tumeur, qui dans son commencement est bornée à l'ouverture de cet anneau. Mais à mesure que la portion d'intestin et d'épiploon contenue dans ce sac le presse, le distend et l'affoiblit, la tumeur abandonnée à son propre poids devient de plus en plus volumineuse, descend dans l'homme au-devant du cordon spermatique jusqu'au fond du scrotum qu'elle distend, comprime le testicule qui s'atrophie peu-à peu : dans la suite la verge se cache sous la peau, le prépuce paroît à la partie supérieure et antérieure de la tumeur sous la forme d'un nombril ; l'urine s'écoule sur le scrotum, le mouille et l'excorie, les fonctions de l'estomac ne se font qu'inparfaitement, l'anneau devenu très-large, donne une issue libre à la plus grande

grande partie du canal intestinal, et l'on a vu des tumeurs herniaires descendre jusqu'aux genoux.

Les parties qui peuvent concourir à former une hernie inguinale la plus commune de toutes chez les hommes, sont l'épiploon, les appendices graisseuses du colon, le jejunum, l'ileon, le cœcum, son appendix vermiforme, le colon, la vessie, et très-rarement dans la femme l'ovaire et une partie de la trompe. Si la hernie inguinale est plus rare dans la femme que dans l'homme, c'est que l'anneau est moins large, moins ouvert et garni d'un tissu cellulare plus serré. Cependant cette hernie se prolonge quelquefois jusque dans l'une des grandes lèvres où elle acquiert un volume considérable en s'étendant vers le périnée, la marge de l'anus. Une hernie abandonnée à elle-même expose toujours celui qui en est incommodé à des accidents graves. On les prévient en réduisant les parties déplacées et en les maintenant réduites par l'application d'un bandage dont la pression douce et continuelle sur la peau, sur le sac herniaire ferme l'anneau et intercepte la voie qui donnoit issue à ces mêmes parties.

Depuis les temps les plus reculés on a cherché à contenir par des moyens mécaniques les tumeurs herniaires. Celse (1) nous apprend qu'on appliquoit de son temps aux petits enfants attaqués de hernie un bandage très-serré dont la pelotte étoit arrondie et faite avec du vieux linge ou des chiffons. Actius recommande, d'après Théodore, de faire cette pelote avec du papier qui a trempé pendant trois jours dans de l'eau froide, afin que par cette macération qui le rend doux, flexible et mol comme une éponge, on puisse lui donner la configuration nécessaire (2).

Dans des temps différens, on a fait la pelote du bandage tantôt ronde, tantôt plate : on lui a donné pendant long temps la forme d'un champignon fait de corne, d'ivoire ou de buis. Quelques-uns se sont servi d'une plaque de fer, de bois ou de plomb couverte de cire, de cuir ou d'éponge. Vers l'an 1500, on construisit d'abord en Italie des bandages dont l'écusson et le cercle étoient de fer : c'est Gatinaria qui

(1) *Lib. 7. cap. 20.*
(2) *Lib. 14. cap. 23.*

nous l'apprend (1). Il y a, dit-il, à Pavie, un forgeron qui fait de très-bons bandages en fer. Vers le milieu du siècle dernier, Blegny (2) inventa, ou du moins perfectionna ceux que l'on nomme élastiques, les seuls dont on doive faire usage. On se servoit avant lui, et sur-tout en France, de différens bandages, les uns souples sans fer, composés de futaine ou de cuir; les autres un peu fermes faits de fils de fer, roulés en spirale.

« Mes bandages élastiques, dit cet auteur, sont composés d'une ceinture d'acier qui environne tout le corps. Cet acier est si bien trempé et si exactement battu à froid, que le bandage peut s'ouvrir suffisamment pour être placé.

Une lame de fer doux bien trempée, qui devient ferme, élastique, mais sans pouvoir se fausser, est sans contredit la ma-

(1) *Est optima ligatura quam ego fieri feci pluribus papiæ. Est unus ferrarius in sancto Joanne in Burgo, qui facit bragerios ferreos, et sunt optimi et multum juvantes. Marc. Gatinaria, nonum Almansor expon. curat. morb.* 1525. *in-8. p.* 122.

(2) L'Art de guérir les Hernies. *Paris*, 1676, *in* 12.

tière la plus propre à la construction d'un bandage inguinal ou crural. Il faut ensuite la tailler convenablement, l'écrouir en la battant également à froid, le coup de marteau n'étant pas donné plus fort dans un point que dans l'autre. Ce fer ainsi préparé, forme à-peu-près une ellipse qui doit être contournée de manière à répondre exactement aux éminences et aux cavités que présente l'extérieur du bassin. Sa longueur ne peut être la même pour tous les individus, elle doit varier nécessairement selon qu'il est destiné pour un enfant ou pour un adulte, pour un homme ou pour une femme, pour une personne maigre ou pour une personne grasse, pour celle qui est difforme ou pour celle qui ne l'est pas. Il ne s'agit point d'approximation, mais d'une précision rigoureuse. Quoique la longueur d'un fer à bandage soit indéterminée, elle doit toujours être telle qu'elle embrasse au moins les trois quarts de la circonférence du bassin. En général ce fer a pour un adulte dix-sept à dix-huit pouces de longueur, dix lignes de largeur et une ligne d'épaisseur.

Un bandage inguinal étant appliqué, son

ouverture, c'est-à-dire l'espace compris entre ses deux extrémités, doit donner un angle aigu, et son ressort doit être égal à un poids de quatre livres. Le ressort ou l'élasticité d'un bandage, se partage entre un point d'appui qui s'exerce postérieurement sur l'os sacrum et un point de compression qui se fait antérieurement sur l'anneau. Le point d'appui et le point de compression ne peuvent être sur la même ligne horisontale, l'anneau étant situé deux pouces plus bas que cette ligne. Le fer du bandage doit donc être alongé et relevé postérieurement ; raccourci et abaissé antérieurement. Il faut même par la forme qu'on lui donne, qu'il agisse avec toute son élasticité de bas en haut du côté de la pelote, pour que la hernie soit bien contenue, car elle tend plutôt à s'échapper par la partie inférieure de l'anneau, que par la partie supérieure. Le fer d'un bandage ne doit pas être plus épais, plus fort antérieurement près la pelote que postérieurement. Il doit être égal par-tout en épaisseur, en force et en élasticité. S'il étoit trop dur ou trop mol, il pourroit se casser ou se fausser. Il faut que son application soit exacte, son

action douce et permanente pour résister continuellement à l'impulsion des viscères. La pelote ne sera ni trop longue, ni trop large, afin de ne pas appuyer sur des parties qu'il est inutile de comprimer. Une petite pelote est en général plus efficace qu'une grande, le bout du doigt contenant mieux une hernie réduite que la paume de la main. Lanfranc a donc eu raison de dire que la pelote devoit être plate, égale et unie. Si elle étoit ronde, si elle formoit une bosse ou une éminence pointue, elle agiroit comme un coin qui déchireroit et aggrandiroit l'anneau, et en ne portant que sur une surface très-petite, elle seroit sujette à se déplacer. On a cru dans ces derniers temps perfectionner les bandages en rendant la pelote mobile, à l'aide d'un ressort et d'une roue échancrée, qui permettent de l'éloiguer ou de l'approcher à la volonté du malade. Cette perfection est illusoire : un bandage bien fait doit recouvrir invariablement les mêmes parties sur lesquelles il est fixé par son action élastique et par sa force compressive, il n'a besoin d'aucun secours étranger, d'aucun ressort particulier, d'aucun arc boutant. La bande de

cuir nommée sous-cuisse, imaginée par Lanfranc pour assujettir le bandage et l'empêcher de remonter, est même une addition souvent inutile. Cette courroie ne devient nécessaire que dans quelques cas particuliers, lorsque le sujet est très-maigre, lorsqu'il a un vice de conformation. La courbure ou l'inclinaison qu'il est nécessaire de donner à la plaque qui forme l'écusson, est un objet digne de toute l'attention de l'artiste. Il a déjà été dit que l'anneau inguinal est situé environ deux pouces au dessous de la ligne circulaire qui décrit le fer du bandage. Cette mesure pourra aider à déterminer quelle doit être la largeur et l'inclinaison de la pelote. Pour la construire, on se sert d'une plaque de taule percée de quatre trous et fixée au fer du bandage. On attache à cette plaque un morceau de liége de deux lignes d'épaisseur, sur lequel on entasse de la laine ou du crin pour former la pelote que l'on recouvre, ainsi que le reste du bandage d'une peau de chamois.

Celui à qui l'on a appliqué un bandage inguinal doit le porter continuellement. Il n'incommode que pendant les premiers jours : après ce court espace de temps, on est

habitué à la pression qu'il exerce et l'on est à l'abri de tout danger. On s'expose au contrair aux accidents les plus graves en portant et en quittant alternativement son bandage, dont l'action peut avoir déjà rétreci l'orifice du sac herniaire. Si la hernie, reparoît alors, elle est bientôt étranglée et le malade qui touchoit peut être au moment d'obtenir une cure radicale est exposé brusquement à des accidents souvent mortels. Il est donc de la plus grande importance, avant que de sortir de son lit, d'examiner si par les mouvements qu'on a faits en dormant, si par la violence de la toux, par l'agitation que donne la collique, par les efforts de l'acte vénérien, la hernie est sortie et de ne mettre son bandage que lorsqu'elle est bien réduite.

Il est encore nécessaire d'avoir au moins deux bandages, afin de pouvoir en changer dans le besoin. La sueur pénétre aisément le chamois et l'use, surtout chez les personnes grasses qui transpirent aisément. Pour remédier aux inconvéniens qui résultent d'une sueur abondante et acrimonieuse qui excorie la peau, il faut changer souvent de bandage et interposer entre la pelote

et les téguments une compresse de linge fin qu'il est utile de renouveller tous les jours,

C'étoit une opinion généralement adoptée, jusque dans ces derniers temps qu'il suffisoit de faire porter aux petits enfants attaqués de hernie, un bandage de toile, de futaine, ou de basin. On croyoit qu'un enfant ne pouvoit supporter l'action d'un bandage élastique. C'est une erreur qu'il est d'autant plus nécessaire de détruire, que le moyen le plus sûr de guérir radicalement la hernie à cet âge est de porter un bandage d'acier.

Il est un cas particulier qui semble contrarier la régle générale, que toute hernie susceptible de réduction doit être réduite et contenue par un bandage. C'est lorsqu'il y a tout à la fois hernie et maladie au testicule, ou bien lorsqu'une portion d'intestin échappée par l'anneau inguinal est réductible, tandis que l'épiploon qui l'accompagne et qui est descendu jusqu'au bas du scrotum ne peut être replacé en même temps que l'intestin. Si dans ces deux circonstances on applique un bandage pour contenir l'intestin réduit, la pression de ce

bandage sur le cordon spermatique et sur la portion épiploïque entretient la maladie du testicule, engorge l'épiploon et le rend douloureux. Le seul parti à prendre est de faire garder le lit au malade et de n'appliquer un bandage que lorsque l'épiploon est enfin réduit, ou lorsque la maladie du testicule est complétement terminée. J'ai vu plusieurs fois ce cas dans des enfants, et ce n'a été qu'en leur faisant quitter leurs bandages et en procédant comme je viens de le dire qu'ils ont pu être guéris.

L'unique moyen d'obtenir la cure radicale d'une hernie est l'application exacte et constante d'un bandage bien fait, qui comprime le sac herniaire, en rétrécit l'ouverture et la ferme complètement, après un certain espace de temps. Cette guérison ne s'obtient que chez les enfants et chez les jeunes personnes. Si quelques adultes ont joui du même avantage, c'est que la hernie étoit petite, récente et avoit toujours été contenue très exactement par un bandage porté jour et nuit, au moins pendant un an: l'expérience ayant appris qu'on ne doit plus espérer qu'une cure palliative, lorsque l'anneau inguinal est très dilaté, lorsque

la hernie est ancienne, volumineuse, lors qu'elle a été souvent réduite et que celui qui en est incommodé, a atteint l'age de trente à quarante ans.

On trouve dans les auteurs les plus anciens, tels que Celse et Paul d'Égine, différents procédés opératoires par lesquels ils croyoient pouvoir guérir radicalement toutes les hernies. L'art de construire des bandages étant peu avancé dans ces temps reculés, les praticiens n'offroient à tous ceux qui étoient attaqués de cette maladie, que des opérations douloureuses, inutiles et souvent meurtrières. Les uns après avoir réduit la hernie, soulevoient les téguments les perçoient à leur bâse avec une aiguille enfilée d'un double fil, les lioient circulairement pour faire tomber en gangrene une grande portion de peau, afin d'obtenir ensuite une cicatrice dure et tendue, qui s'opposât à la chûte de l'intestin. D'autres cherchoient à obtenir le même résultat, en retranchant, par une incision faite en forme de feuille de myrthe, les téguments qui recouvroient la hernie et croyoient pouvoir réunir ensuite par des points de suture les lèvres de cette plaie avec perte de subs-

tance (1). Presque tous ceux qui ont écrit depuis le septième siècle jusqu'au commencement de celui-ci, ont pensé que la castration étoit un moyen efficace pour guérir radicalement cette maladie : et des milliers d'hommes ont été mutilés sans avoir retiré de cette mutilation douloureuse, le plus léger avantage pour la cure de la hernie dont ils étoient atteints (2). Franco,

---

(1) *Celsus, lib.* 17. *cap.* 14 *et* 17.

(2) Voici comment Dionis s'exprimoit en 1716 sur cette matière.

« La castration empêche *certainement* que la her-
« nie ne se reproduise : mais il est peu de gens qui
« aux dépens de leurs testicules demandent la gué-
« rison de cette infirmité. Les opérateurs ambulants
» sont adroits à séparer ces organes sans que les spec-
« tateurs s'en apperçoivent. Ils font la ligature des
« vaisseaux avant que de tirer le testicule hors du
« scrotum, et avec leur petit doigt passé par-dessous
« ces vaisseaux qu'ils coupent, ils le font sortir et le
« cachent dans leurs mains pour le mettre dans leur
« gibecière, sans être vus. On a connu un de ces
« opérateurs qui ne nourrissoit son chien que de
« testicules. Le chien se tenoit sous le lit, ou sous
« la table proche son maître, en attendant ce mor-
« ceau friand dont il le régaloit aussi-tôt après qu'il
« en avoit fait l'extirpation à l'insçu des assistants qui

dit dans son traité des hernies page 63, qu'il faut d'abord détacher le testicule de ses enveloppes, le laisser ensuite hors de la plaie pendant plusieurs jours, lier le cor-

---

« auroient juré que le patient avoit toutes ses par-
« ties. On seroit *excusable* de faire la castration à un
« religieux qui préféreroit la guérison d'une hernie
« à ses testicules qui lui doivent être inutiles, et il
« en tireroit pour lors deux avantages ; le premier,
« c'est que ces organes ne le tourmenteroient plus ;
« le second, c'est qu'il seroit guéri d'une fâcheuse
« maladie ». *Cours d'Opérations de Chirurgie, par Dionis, édition de* 1716, *p.* 2[illegible]8.

J'ai vu des hommes qui avoient tout à-la-fois et du même côté un testicule cancereux et une hernie inguinale. L'opération de la castration faite, ils ont été obligés de reprendre leurs bandages après leur guérison. J'en ai vu d'autres qui avoient un hydrocèle et une hernie inguinale : une incision prolongée depuis l'anneau jusqu'au bas du scrotum et un traitement convenable ont guéri radicalement l'hydrocèle, sans guérir la hernie de l'intestin, qui dans ces deux cas reparut aussi-tôt que les malades sortirent de leurs lits. Toutes ces opérations ne rendant point à l'anneau dilaté son élasticité primitive et son état naturel, elles ne peuvent en aucune manière contribuer à la cure d'une hernie. Un empyrique fut condamné à trois ans de galères pour avoir privé de ses deux testicules un particulier qu'il vouloit guérir d'une hernie. Une fille fut condamnée

don spermatique, serrer très fort la ligature et la faire même serrer par deux hommes qui *tireront de toutes leurs forces* avec deux petits bâtons, afin que le cordon soit plutôt coupé.

Le but que se proposoient les auteurs de cet absurde procédé, étoit de lier le sac herniaire avec le cordon spermatique, afin, disoient-ils, de fermer pour toujours l'ouverture qui donnoit issue à l'intestin. Mais la plupart des malades soumis à cet horrible traitement, expiroient dans les convulsions (1).

Le desir de conserver le testicule et d'ob-

à être fustigée, et à être emprisonnée pendant cinq ans, pour avoir amputé les testicules à cinq jeunes gens qui avoient des hernies. Voyez l'Histoire de l'Académie de Chirurgie, tom. 5. p. 8.

(1) *Hoc anno, 1702, ac sequenti etiam famosus agyrta multos herniosos cum castratione alterutrius testiculi fecuit. Tametsi verò non in omnibus feliciter hæc temeritas ei cesserit, sed vel in ipsa crudeli operatione pueri quidam convulsi expirarent, vel eadem peracta vomitibus et epilepsia fatigati charis parentibus tandem per mortem eriperentur. Ea tamen multorum dementia fuit ut vel semetipsos, vel suos imperito artificis cultro certatim subjicerent. Historia morborum Vratislaviens. p. 527.*

tenir pourtant le même résultat, fit imaginer à Roger et à Roland, écrivains du treizième siècle, d'inciser d'abord les tégumens qui recouvrent l'anneau, de passer ensuite une aiguille enfilée d'un cordonnet de soie sous le sac herniaire, de le lier en enfermant dans la ligature un petit morceau de bois, afin de serrer tous les jours cette ligature jusqu'à ce qu'elle tombât avec une portion du sac herniaire.

Un certain Beraud de Metz, fut l'iventeur de ce qu'on nomme le point doré. Les tégumens incisés, il lioit le sac herniaire avec un fil d'or qu'il tortilloit avec des pinces autour de ce sac pour le bien fermer, il laissoit dans la plaie ce fil de métal qui, selon lui, devoit y rester toute la vie, et il faisoit ensuite quelques points de suture aux tégumens.

Le desir de retrécir le sac herniaire et d'en produire l'oblitération, suggéra à Fabrice d'Aquapendente l'idée bizare de le coudre dans toute sa longueur en y faisant la suture du Pelletier, opération qu'il a nommée *suture irréprochable*, et qui avoit été indiquée par Celse (1).

(1) *Lib. 7. cap. 17.*

La cautérisation des tégumens, celle du sac herniaire et de l'os pubis avec un fer rouge, a été recommandée et pratiquée, toujours dans la même vue d'obtenir, après la chûte de l'escare, une cicatrice ferme et solide qui pût fermer le trou qui donnoit passage à la hernie. Mais comme l'application d'un fer rouge sur des parties aussi sensibles étoit très-douloureuse et effrayoit les malades, Théodoric (1) se contenta d'appliquer sur les tégumens un caustique qu'il falloit réitérer jusqu'à ce qu'il eût pénétré jusqu'à l'os. Celui dont se servoit en pareil cas Gui de Chauliac, étoit un mélange de savon et de chaux vive. L'escare faite, il l'incisoit légèrement dans le milieu et introduisoit dans cette ouverture un grain d'arsenic et autant d'opium. C'est ainsi que maître Pierre d'Orliat en Avignon, traita trente malades en présence de Gui de Chauliac.

Cette manière de traiter les hernies par les caustiques, a toujours déterminé les accidents les plus graves et quelquefois la mort des malades. Ce procédé nuisible n'a

---

(1) *Chirurgia lib. 3. cap. 31.*

été

été dans tous les temps et dans tous les lieux qu'une ressource pécuniaire pour les empiriques qui l'ont employé. Les uns ont incisé les tégumens et ont mis quelques gouttes d'huile de vitriol dans la plaie, d'autres ont entamé les tégumens plus ou moins profondément avec la pierre à cautère. « De neuf malades traités à Paris en » 1724 et 1725, par un charlatan anglois, » dit Arnaud (1), il n'y en eut aucun qui » guérit. Un d'entr'eux plus malheureux » que les autres, eut la constance de se » laisser faire jusqu'à trois fois les diffé- » rentes applications du remède, c'étoit » l'huile de vitriol. La première fois, le » prétendu guérisseur s'en prit à l'indoci- » lité du malade, la seconde fois à l'influence » trop humide de l'air, et la troisième, à » une fluxion qui survint au testicule, et » qui le fit tomber en pourriture ».

Un autre empirique, qui se servoit aussi de l'huile de vitriol, n'a pas été plus heureux dans ces derniers temps. De plusieurs malades qu'il a traités, l'un eut l'intestin corrodé par le caustique, et les excréments

(1) Traité des Hernies, p. 29 de la Préface.

sortirent par la plaie à différentes reprises pendant plus d'un an. L'autre mourut au bout de treize jours avec le scrotum gangrenné et une supuration dans le ventre. Un des membres de l'académie des sciences de Paris, Lacondamine, grand amateur des nouvelles expériences, se mit, quoique dans un âge très-avancé, entre les mains de l'empirique et mourut au bout d'un mois victime de la charlatanerie. D'autres malades éprouvèrent différents accidents plus ou moins graves, sans retirer le plus petit avantage du traitement auquel ils s'étoient soumis pour obtenir la guérison radicale de leurs hernies (1).

C'est donc avec raison qu'on a rejetté un procédé dangereux, ou au moins toujours insuffisant et proposé dans la seule vue d'épargner aux malades la légère incommodité de porter un bandage. On a vanté dans ces derniers temps l'application d'un sachet de folle farine de tan que l'on fait tremper dans du vin rouge tiède. Ce sachet que l'on conseilloit de renouveller souvent, devoit

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 5, p. 651 et 881.

être maintenu sur l'anneau par la pelote du bandage. L'expérience a prouvé l'inutilité de ce topique astringent offert à la crédulité. S'il est possible de guérir radicalement une hernie dans un adulte, il faut d'abord qu'elle soit petite, récente, que l'anneau soit très peu dilaté. Il faudroit que le malade restât au lit au moins pendant six mois, qu'il portât jour et nuit un bandage assez serré pour comprimer exactement le sac hernaire et rendre à l'anneau, s'il est possible, son état naturel et toute son élasticité. Mais où trouver des malades qui veuillent s'assujettir à un pareil traitement dont les gens de l'art n'oseroient encore garantir la certitude ?

Il est bien avéré que ceux qui subissent l'opération par laquelle on remédie aux accidents d'une hernie étranglée, ne sont pas dispensés par cette même opération de porter un bandage. Cette vérité est confirmée par l'expérience journalière. Cependant quelques chirurgiens se sont abusés jusqu'au point d'imaginer qu'ils guériroient radicalement une hernie, en faisant à celui qui en est incommodé, la même opération qu'on ne doit faire que lorsque la tumeur

herniaire est étranglée : et des personnes crédules ont eu la simplicité de se soumettre à cette épreuve. On lit dans le second volume des œuvres chirurdicales de Petit, qu'il fit deux fois inutilement cette opération, qu'il la vit pratiquer trois fois par ses confrères, sans compter plusieurs récits que quelques-uns d'entr'eux lui avoient faits. Parmi ceux qui se soumirent à cette opération inutile, les uns éprouvèrent des accidents très-graves, les autres moururent d'inflammation au bas-ventre.

Toutes ces opérations exécutées d'après de faux raisonnements, tous ces procédés inutiles ou dangereux imaginés d'après de fausses vues, doivent être rejettés pour toujours du domaine de l'art. Il e t en effet bien absurde et bien contraire aux vrais principes de cet art salutaire, que des individus qui n'ont qu'une indisposition à laquelle on remédie efficacement par un bandage, qui d'ailleurs sont bien portants et remplissent tous les devoirs de la société, soient exposés à des accidents graves et souvent mortels dans la seule vue de les débarrasser du soin de porter un bandage. Blegny, qui dans le siècle dernier perfec-

tionna cet utile instrument, doit être cité avec honneur dans les fastes de l'art, pour le service important qu'il a rendu à l'humanité : et l'on doit laisser dans l'oubli tous ces procédés barbares du treizième siècle, par lesquels leurs auteurs tourmentoient les malades sans pouvoir les guérir.

On a fait sur les hernies qui se manifestent au pli de l'aine, une observation singulière que je n'ai jamais eu occasion de vérifier, c'est que la portion d'intestin ou d'épiploon ne s'échappe pas toujours par l'anneau inguinal ou par l'arcade crurale, mais quelquefois au-dessus ou à côté de ces ouvertures. Quant la hernie est petite, il doit être facile de s'assuser du fait sur le sujet vivant, en touchant l'anneau qui est libre, ce qui n'est pas toujours possible quand la hernie est très-volumineuse. Si la portion aponévrotique du muscle oblique externe, s'affoiblit et cède peu-à-peu à l'impulsion des visceres; tandis que l'anneau et l'arcade crurale offrent une résistance insurmontable par une cause quelconque, par exemple, lorsque le testicule est arrêté dans l'anneau et le bouche, cette aponévrose formera en s'alongeant une es-

pèce de sac herniaire, indépendamment de celui qui est naturellement fourni par le péritoine. C'est ainsi que l'on peut expliquer une observation assez obscure que Mery a consignée dans les mémoires de l'académie des sciences, année 1701, p. 289. Petit (1) a été plus intelligible quand il a dit que des hernies inguinales et crurales étoient quelquefois recouvertes par l'aponévrose du muscle oblique externe : que l'intestin et l'épiploon après avoir poussé le péritoine au-delà du muscle transverse et de l'oblique interne, n'ayant pu forcer l'anneau ou l'arcade crurale, s'étoient réfléchis entre cette aponévrose et l'oblique interne et y avoient formé une tumeur large et plate qu'il étoit facile de réduire.

Dans un effort violent et subit, un des piliers qui forment l'anneau inguinal peut se rompre, se décoler ou s'entr'ouvrir avec déchirement dans sa partie supérieure, pour donner issue à une hernie très-petite, très-douloureuse, et très-susceptible d'étranglement. On peut encore présumer, d'après l'observation suivante, qu'il y a quelque-

(1) Oeuvres posthumes, tom. 2. p. 217.

ſois une double hernie inguinable du même côté, l'une par l'anneau et l'autre immédiatement au-dessus. Voici l'observation qui paroît le prouver. Un petit enfant avoit depuis l'âge de trois mois une hernie inguinale du côté gauche, laquelle formoit deux tumeurs très-distinctes et séparées l'une de l'autre par une ligne ou bride transversale, qui suivoit la direction du pubis. La tumeur supérieure formée par l'intestin et située aux environs de l'anneau, faisoit une saillie d'un travers de doigt. En la réduisant, la ligne de séparation disparut. La tumeur inférieure, qui remplissoit le scrotum, étoit épiploïque et du volume d'un œuf de poule. On la réduisit et l'anneau parut alors très-dilaté. Ces deux tumeurs n'avoient ensemble aucune communication (1).

Lorsqu'une portion d'intestin éprouve à son passage par l'arcade crurale ou par l'anneau, un ressèrement qui produit sur elle l'effet d'une ligature, la hernie est étranglée. Le malade est alors dans le danger de perdre

(1) Traité des bandages herniaires, par Juville, page 198.

la vie, s'il n'est secouru très promptement. La tumeur devient d'abord douloureuse : on ne peut la toucher sans exciter la sensibilité du malade. La douleur se fixe dans l'endroit même de l'anneau, elle s'étend sur toute la tumeur et sur le ventre qui se tuméfie. Le passage des matières stercorales étant interrompu, il en résulte une constipation opiniâtre. Les lavemens les plus irritans ne procurent que l'expulsion des matières accumulées au dessous de l'étranglement. Les nausées, les hoquets, le vomissement surviennent. Le malade rejette la boisson et les aliments : il vomit de la bile et les matières contenues dans les intestins grêles ; il éprouve une angoisse extrême, son pouls est fiévreux, petit, serré ; les extrémités du corps se refroidissent. La tumeur qui est d'abord rouge, enflammée, renitente, perd peu-à-peu son élasticité, devient molle, pâteuse, on ne peut pincer et soulever la peau qui la recouvre qu'avec difficulté. Enfin la douleur diminue, la tumeur s'affaisse, mais la gangrenne s'en est emparée.

Cette maladie est très aiguë, et les accidents énoncés ci-dessus, se manifestent toujours assez promptement. On a vue des hernies

étranglées causer la mort en vingt-quatre ou trente heures. Dans d'autres individus, la maladie s'est prolongée jusqu'au dixième et même jusqu'au quinzième jour. Cette différence dépend de l'âge du sujet, de la nature de la hernie, de la cause et de l'espèce d'étranglement. Si dans un effort, une portion d'intestin s'est échappée subitement par l'anneau qui jusqu'alors n'avoit souffert aucune violence, aucune dilatation, cet intestin sorti s'étrangle lui-même en se tuméfiant promptement jusqu'au point de ne pouvoir rentrer par son ouverture devenue trop étroite. Voilà l'étranglement inflammatoire, lequel est d'autant plus fort que le sujet est jeune et robuste, et que l'anneau jouit de toute son élasticité. Lors au contraire que l'anneau est très-dilaté, parce que la hernie est ancienne, volumineuse, qu'elle a été souvent réduite et mal contenue par un mauvais bandage, lorsque celui qui en est incommodé est vieux, affoibli et que l'obstacle à la réduction dépend de l'air et des matières stercorales accumulées dans la portion d'intestin qui forme la hernie, l'étranglement qui survient alors, n'est pas aussi considérable. La tu-

meur est peu douloureuse, la fièvre médiocre, le ventre est plutôt boursoufflé que tendu, les vomissements sont rares et foibles. C'est ordinairement après une constipation de quelques jours, après l'usage des aliments indigestes, farineux, que cet étranglement se forme. On le nomme pour cette raison étranglement par engoûment de matières, et il peut subsister pendant plusieurs jours sans exposer la vie du malade.

Le pronostic à faire d'une hernie étranglée, est donc nécessairement fondé sur l'espèce d'étranglement : et les secours que l'on doit administrer pour remédier à cet accident, ne peuvent être les mêmes dans ces deux cas. La saignée du bras plus ou moins réitérée selon l'âge et les forces du malade, les lavements émollients, l'abstinence de toute espèce de boisson, le bain tiéde, l'application sur la tumeur d'un cataplasme fait avec la farine de graine de lin, délayée dans une décoction d'opium, l'opium lui-même avalé à la dose d'un grain, qui produit le relâchement de toute la machine, ainsi que l'a opéré quelquefois la saignée faite jusqu'à défaillance, sont les se-

cours que l'on doit employer dans l'étranglement par inflammation.

Lorsque l'étranglement est par engoûment de matières, la saignée est moins nécessaire, l'application d'un cataplasme de mie de pain cuite dans le vin aromatique, celle de l'eau froide, de la neige, de la glace, le maniement réitéré de la tumeur si nuisible dans le cas contraire, les lavements stimulants faits avec l'infusion de feuilles de séné, de tabac, les purgatifs et sur tout une dissolution d'une once de sel d'epsom dans une pinte d'eau que l'on fait boire froide au malade de quart-d'heure en quart-d'heure, sont les remèdes appropriés à cette seconde espèce d'étranglement. Il faut une grande expérience pour ne pas confondre ces deux cas. Si l'on vouloit s'en rapporter au témoignage de Heister (1), on seroit tenté de croire que l'insufflation de la fumée de tabac dans l'anus, est le remède efficace de toute espèce de hernie étranglée. Mais si l'on consulte l'expérience, on sera bientôt convaincu que cette insufflation est absolument inutile lorsque la hernie est

(1) *Institut. chirurg. cap.* 117. *pag.* 757.

épiploïque, qu'elle est insuffisante et même nuisible lorsque la hernie intestinale est étranglée par inflammation, qu'elle est dangereuse lorsque la fumée est introduite avec assez de violence et en assez grande quantité pour forcer l'obstacle que présente naturellement la valvule du cœcum, et qu'elle ne convient tout au plus que dans l'étranglement par engoûment de matières stercorales. Dans ce dernier cas, un lavement fait avec deux gros de feuilles sèches de tabac infusées dans une chopine d'eau bouillante, est souvent efficace. Ce remède est facile à préparer et à administrer. Il excite dans le canal intestinal une irritation, une contraction assez vive. Il cause quelquefois des vertiges qui se terminent ordinairement par la foiblesse du malade, laquelle concourt à opérer la réduction de la hernie.

Cette réduction qui consiste à replacer dans le ventre les parties qui en sont sorties, termine la maladie en faisant cesser les accidents. Elle s'opère par les différents moyens indiqués ci-dessus, par la situation convenable que l'on donne au malade, par la pression méthodique de la main du chi-

rurgien sur la tumeur, par la nature elle-même, et enfin par l'incision de l'anneau, lorsque tous ces secours sont insuffisants. La situation du malade doit être telle que les muscles du bas-ventre soient relâchés et que les viscères se portent, autant qu'il est possible, du côté opposé à celui de la hernie. Pour cet effet, on fera coucher le malade sur le dos, la tête inclinée sur la poitrine, les cuisses et les jambes fléchies et le bassin très élevé. Il gardera cette attitude pendant tout le temps que la hernie sera étranglée et sur-tout pendant celui que l'on employera à la réduire. Le chirurgien, placé du côté de la tumeur, la comprimera doucement et uniformément, en dirigeant avec ses doigts la pression vers l'endroit qui résiste le moins et du côté des hanches, si la hernie est inguinale. Les règles que l'on peut donner à cet égard, sont très-générales : l'expérience apprendra toujours mieux que le discours, l'emploi méthodique que l'on en doit faire. Il suffit de dire qu'en maniant rudement la tumeur lorsqu'elle est douloureuse et enflammée, on la meurtrit et on hâte la gan-

grenne. Un chirurgien très-exercé décide ordinairement, en touchant une hernie étranglée, s'il est possible de la réduire ou si l'incision de l'anneau est nécessaire : il ne fait point des tentatives inutiles et nuisibles. Si l'étranglement est par engoûment de matières, la compression peut être continuée utilement pendant un certain temps et à diverses reprises, de manière à faire filer peu-à-peu les parties par l'anneau. En pareil cas, lorsque la hernie est volumineuse, en partie intestinale et en partie épiploique, des praticiens n'ont pu vaincre l'obstacle qui s'opposoit à la réduction, qu'après avoir employé un demi quart-d'heure à manier en différents sens la tumeur qui est presque indolente. Lorsque la hernie est réduite, le malade est soulagé sur le champ, la constipation cesse et les douleurs se dissipent par l'évacuation des matières excrémenteuses qui se fait librement. Cependant il est utile d'entretenir, au moins pendant vingt-quatre heures, cette liberté du ventre, en mettant le malade à la diète, en lui faisant prendre des lavements et des médicaments laxatifs, afin

de vider le canal intestinal. On s'oppose à la sortie des parties réduites, par l'application d'un bandage.

Si l'on veut en croire quelques praticiens, tous les accidents de l'étranglement peuvent persévérer, quoique la hernie soit réduite. La constipation, les vomissements, les douleurs de colique, disent-ils, continuent quelquefois, quoiqu'il n'y ait plus de hernie, parceque la cause de l'étranglement agit toujours dans l'intérieur du ventre, comme elle agissoit à l'extérieur. Ils ajoutent avoir découvert par l'ouverture des cadavres cette cause cachée de strangulation. C'étoit tantôt une bride formée par un appendix du mésentère, par une portion d'épiploon, par l'appendix vermiforme du cœcum tortillé comme une corde autour de l'intestin, tantôt enfin le sac herniaire adhérent à l'intestin, et repoussé avec lui dans le ventre faisoit l'effet d'une ligature. Il n'est donc pas étonnant, continuent ces mêmes auteurs, que les accidents de l'étranglement ayent persévéré, malgré la réduction des parties, puisque la cause morbifique étoit toujours la même. Ils ont conseillé en pareille circonstance

de faire reparoître la hernie, de la faire revenir dans l'état où elle étoit avant la réduction, en faisant marcher le malade, en lui faisant faire quelques sauts, et ils disent avoir réussi par ce procédé. Si malgré tous les efforts du malade, la hernie ne reparoît point, ils veulent qu'on incise les téguments, le sac herniaire et l'anneau, qu'on saisisse avec les doigts l'intestin, qu'on le tire au dehors et qu'on lui rende toute sa liberté en coupant les brides ou les adhérences qui l'étranglent (1).

La vérité est que dans le cas dont il s'agit, la hernie n'a pas été réduite, mais repoussée avec violence derrière l'anneau : car la réduction d'une hernie suppose que l'on replace dans le ventre une portion libre d'intestin ou d'épiploon qui n'y étoit pas et la maladie est complettement terminée. Mais dans les observations publiées par ces auteurs la réduction n'étoit pas possible et n'a pas été faite, l'opération du débridement de l'anneau étoit clairement

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom 1, pag. 695, et tom. 4, p. 274. Le Dran, observat. tom. 2, obs. 58. Arnaud, Traité des hernies, tom. 2.

indiquée :

indiquée : au lieu de faire ce débridement, ils ont faussement cru pouvoir encore réduire la hernie qui a été écrasée et repoussée plus ou moins profondément derrière l'anneau et non dans le ventre. Les accidents ont nécessairement continué et n'ont du finir qu'avec la vie du malade. Voici une observation qui prouve ce que j'avance. Un homme éprouvoit tous les accidents de l'étranglement d'une petite hernie inguinale. Les tentatives de réductions ayant été infructueuses, je proposai de faire l'opération. Le malade qui la redoutoit beaucoup, persuadé qu'il seroit guéri si sa hernie étoit réduite, sortit de son lit, prit un bâton, en appuya le bout contre la muraille et l'autre bout sur sa hernie qu'il comprima si fort qu'elle disparut. Les mêmes accidents continuèrent pendant trente-six heures et le malade mourut. A l'ouverture du cadavre, je vis que la hernie qui étoit intestinale et épiploique n'avoit pas été réduite dans le ventre, mais seulement repoussée derrière l'anneau à quatre ou cinq lignes de distance de son ouverture. La portion d'intestin avoit été visiblement étranglée par l'anneau, elle étoit petite

et avoit une tache noire, gangréneuse, de la grandeur de l'ongle du doigt. L'épiploon, le sac herniaire et l'anneau étoient très-enflammés. Il y avoit un commencement d'adhérence entre toutes ces parties. Peut-on conclure de cette observation que la hernie a été iéduite et qu'un étranglement intérieur continuoit d'agir malgré la réduction? non sans doute: puisque la hernie n'a pas été réduite et qu'elle n'étoit même plus susceptible de l'être par le taxis. Cependant l'indication en pareil cas n'en est pas moins positive. Il faut comme on la conseillé inciser les téguments, le sac herniaire, l'anneau et tirer au-dehors la portion d'intestin, afin de détruire, s'il est possible, la cause de l'étranglement, qui n'est pas toujours la même.

Quand une hernie n'a pu être réduite par tous les moyens qui ont été ci-dessus indiqués, on doit sans délai faire cette incision de l'anneau qui seule peut détruire l'étranglement. Ce secours efficace a été inconnu des premiers maîtres de l'art; ce n'a été qu'au renouvellement de l'anatomie qu'on a commencé de faire ce qu'on appele l'opération de la hernie. Avant ce temps,

la plupart de ceux qui éprouvoient les accidents d'une hernie étranglée périssoient de douleur et de gangrene. On croyoit que la cause de ces accidents inflammatoires dépendoit toujours d'un amas de matières stercorale dans la portion d'intestin qui étoit hors du ventre. C'étoit la doctrine de Celse (1) transmise d'âge en âge. Il étoit pourtant bien facile de s'appercevoir que l'ouverture naturelle du bas ventre par laquelle les parties s'étoient échappées étoient trop étroite par le volume excessif qu'elles avoient acquises, et qu'il falloit absolument pour sauver le malade, aggrandir cette ouverture, afin d'opérer la réduction des parties. Mais la marche de l'esprit humain n'est pas de voir d'abord distinctement les choses mêmes les plus évidentes. La vérité ne fut découverte que lorsqu'on eut commencé de cultiver avec un peu de soin l'anatomie. S'il est avantageux pour le malade de ne pas subir l'opération lorsqu'il est encore possible de réduire la hernie par le taxis, il est également nécessaire de ne pas attendre que l'intestin soit gangréné. La perfection

(1) *Lib.* 7. *cap.* 20.

de l'art consiste dans ce cas comme dans plusieurs autres, à n'opérer ni trop tôt, ni trop tard. Ceux qui disent que le succès de l'opération dépend de ce qu'elle est faite de bonne heure, ou promptement, donnent un conseil trop vague dont l'application est difficile à saisir. Il faut pour se déterminer à opérer, avoir égard à l'espèce d'étranglement, à la nature des accidents, à l'âge et aux forces du malade. Quand la tumeur herniaire est rénitente, douloureuse enflammée, quand en touchant l'anneau on sent que les parties qui le traversent éprouvent une forte strangulation, l'opération doit être faite sans aucun délai.

Le malade couché horisontalement près le bord de son lit et situé de manière que le bassin soit plus élevé que le reste du corps, afin que la tumeur herniaire soit saillante et bien à découvert, ce qui s'exécute en mettant sous les fesses un oreiller couvert d'un drap, le chirurgien se placera toujours à la droite du malade, soit que l'opération se fasse du côté droit, soit qu'elle se fasse du côté gauche. On suppose que les téguments qui recouvrent la tumeur, ont été rasés. Le chirurgien

les pincera transversalement un peu au-dessus de l'anneau avec le pouce et le doigt index de chaque main. Il les soulevra, afin de les éloigner un peu du sac de la hernie, ou plutôt afin de leur faire faire un pli. Un aide prendra d'un côté ce pli de la peau, le chirurgien le tiendra de l'autre côté avec sa main gauche et il le coupera d'un seul coup de bistouri. Il est absolument nécessaire pour la facilité de l'opération que ce pli de la peau, soit fait à la partie supérieure de la tumeur, afin que l'incision s'étende au dessus de l'anneau inguinal. Si l'on faisoit l'incision trop petite, si on la commençoit vers le milieu de la tumeur, on éprouveroit de la difficulté à la prolonger supérieurement, on n'en viendroit à bout qu'en coupant la peau de bas en haut et à diverses reprises avec la pointe du bistouri, ce qui feroit beaucoup souffrir le malade. Cette première incision doit être faite d'un seul coup et avec tout le tranchant de l'instrument, de manière que la tumeur soit bien à découvert. La direction de cette incision doit toujours être invariablement la même et correspondre au point de l'étranglement, quelque soit celle de la tu-

meur qui peut être longitudinale, oblique, ou transversale. Quand il n'est pas possible de pincer et de soulever la peau, comme dans le cas de gangrene, il faut la tendre afin de l'inciser nettement et avec précaution, soit en saisissant avec la main gauche la tumeur postérieurement, quand elle est volumineuse et qu'elle descend dans le scrotum, soit en appuyant sur sa partie antérieure le pouce et le troisième doigt de la main gauche, quand elle est petite et bornée au pli de l'aine. Cette première incision faite et prolongée dans toute l'étendue de la tumeur, jusqu'à sa partie la plus inférieure, à l'aide du bistouri et d'une sonde cannelée, les lèvres de la plaïe s'écartent et laissent voir distinctement le tissu cellulaire qui est plus ou moins rouge et enflammé. Il recouvre le sac herniaire, lequel est mince ou épais, selon que la hernie est récente ou ancienne. Ce sac contient ordinairement un peu de sérosité qui est tantôt de couleur citrine, et tantôt sanguinolente. La quantité en est quelquefois très considérable, comme de sept à huit onces : le plus souvent il n'y en a qu'une ou deux cuillerées et quelquefois point

du tout. Dans ce dernier cas, la hernie est séche, on la nomme humide dans le cas contraire. Le tissu cellulaire et le sac herniaire qui lui est adhèrent, doivent être incisés dans la même direction que les tégumens. Pour faire cette incision sans aucun risque, le chirurgien portera d'abord le doigt index de sa main gauche dans la plaie, afin de s'assurer, autant qu'il est possible, de l'épaisseur de ces parties et du lieu ou la fluctuation se fait sentir. C'est ordinairement à la partie moyenne et inférieure de la tumeur; et c'est là qu'il faut inciser le sac, en se servant d'une pince à disséquer et d'un bistouri droit. Avec la pince on soulève le tissu cellulaire et on le coupe peu-à-peu en dédolant avec le bistouri dont la lame doit être située horisontalement, ou à plat. Si les parties membraneuses que l'on incise sont épaisses et très enflammées, si le sang qui s'écoule, empêche de bien distinguer ce que l'on fait, s'il n'y a pas de sérosité dans le sac herniaire, on peut s'aider dans ce travail obscur, en essuyant de temps en temps l'intérieur de la plaie avec une éponge fine et sèche, en se rapplant ce qu'on vient de

couper et en ne se pressant point trop. Par ce moyen et pour peu qu'on ait l'habitude d'opérer, l'illusion que présente l'état contre nature des parties, se dissipe, on n'a point la crainte de blesser l'intestin en ouvrant le sac, on reconnoit si ce sac est ouvert, ou s'il ne l'est pas, on sait ce qu'on fait et ce qui reste à faire. Le Dran (1) dit avoir vu une fois le cordon spermatique situé sur la partie antérieure du sac herniaire. Je n'ai jamais vu ce cas et je n'en conçois pas même la possibilité. Le cordon spermatique est toujours derrière, ou un peu à côté du sac herniaire. Quoi qu'il en soit, ce sac étant ouvert, ce qu'on reconnoît ordinairement à l'effusion de la sérosité qu'il contenoit, on achève de l'inciser avec des cisaux dont la pointe est mousse. Un aide tient le sac du côté, le chirurgien le tient d'un côté opposé pour le soulever et le tendre, on introduit dans l'ouverture qui a été faite une branche de cisaux avec lesqu'els on le divise jusqu'à

(1) Traité des opérations de chirurgie, page 127. La hernie de naissance forme une exception à la règle générale.

l'anneau. On feroit mal cette opération avec la sonde cannelée et le bistouri : les membranes se coupent toujours mieux avec des ciseaux. On ne doit retrancher les bords, ou une portion de ce sac, que lorsqu'il est très dur et très épais : si la supuration qui doit se faire peut en procurer la fonte ou le dégorgement, il est inutile de faire cette excision. Le sac herniaire étant incisé dans toute sa longeur, l'intestin qui n'est plus comprimé se développe et se distend. On le suppose libre et sain. Il faut alors porter le doigt sur l'anneau pour savoir s'il est assez ouvert pour qu'on puisse sans l'inciser réduire l'intestin, en en tirant une petite portion à soi ; en le maniant doucement pour faire circuler l'air qui le gonfle. Si la chose n'est pas possible, il faut absolument inciser l'anneau. Cette incision se fait en introduisant dans la partie supérieure de son ouverture la sonde canelée sur laquelle on conduit un petit bistouri droit dont la pointe doit être mousse, ou obtuse. Pour peu qu'on pousse et qu'on fasse mouvoir cette instrument, son tranchant coupe de dehors en dedans le pillier antérieur et supérieur qui étrangle l'intes-

tin. Il est inutile que la pointe du bistouri soit boutonnée, elle glisseroit mal dans la canelure de la sonde, il suffit qu'elle soit émoussée. On peut encore, comme l'a conseillé Sharp (1), inciser l'anneau avec un bistouri étroit, un peu courbe, dont la pointe est mousse et que l'on conduit sur le bout du doigt index de la main gauche, qui tient lieu de sonde. Dans tous les cas le tranchant de l'instrument doit être dirigé de manière à couper obliquement une portion du pilier supérieur de l'anneau dans l'étendue de trois à quatre lignes. Cette incision est presque toujours suffisante. Elle doit être dirigée du côté de la ligne blanche, afin d'éviter d'ouvrir l'artère épigastrique qui est située derrière le cordon spermatique.

L'étranglement étant détruit par le débridement de l'anneau, il faut le replacer promptement dans le ventre l'intestin qui est plus ou moins enflammé, mais que l'on suppose exempt de gangrene et d'adhérence avec les parties voisines, ce que l'on reconnoit aisément à la vue, au toucher et

(1) Traité des Opérations de Chirurgie, chap. 4.

en tirant à soi et en dehors, la portion qui est contenue immédiatement dans le trajet de l'anneau. L'inflammation de l'intestin ne fournit point un motif qui s'oppose à sa réduction. Exposé au contact de l'air et à celui des différentes pièces de l'appareil, il se gangrenneroit promptement. En le replaçant dans sa situation naturelle, la chaleur et l'humidité du bas ventre produisent sur lui l'effet d'une fomentation, et l'inflammation dont la cause n'existe plus se termine ordinairement par résolution. Le succès n'en est cependant pas certain. On a vu quelquefois trois ou quatre jours après l'opération faite avec le plus d'habilité des malades périr avec tous les accidents d'une inflammation au bas ventre, laquelle s'étoit propagée dans la plus grande partie du canal intestinal. Le chirurgien doit donc être réservé sur son pronostic, lors même que l'incision de l'anneau et la réduction de l'intestin ont été faites méthodiquement. Le malade sera mis à la diète, il évitera de faire les plus petits efforts, surtout en allant à la selle; afin de ne point donner lieu à la sortie de l'intestin, comme je l'ai vu arriver. On tiendra le ventre libre par

des lavements et par des boissons laxatives qui débarasseront utilement le canal intestinal des matières accumulées qui le surchargoient. L'incision qui a été faite aux téguments, au sac herniaire et à l'anneau doit être considérée comme une plaie simple et traitée comme telle. Si l'on a fait l'incision nettement, l'intestin étant réduit, on doit rapprocher les lèvres de la plaie et les maintenir dans un contact mutuel pour en obtenir la prompte réúnion. Il y en a en effet dans un cas aussi simple aucune indication pour remplir la plaie de charpie et déterminer par irritation l'inflammation et la supuration des parties. Les lèvres de la plaie rapprochées, on les couvrira d'un plumaceau de charpie seche par dessus lequel on appliquera des compresses maintenues avec le bandage triangulaire de l'aine. Ce pansement sera renouvellé tous les jours. On trempera les compresses dans une décoction de guimauve, ou dans un mélange d'eau tiède et d'eau-de-vie, afin que leur application soit plus exacte, afin qu'elles exercent une légère pression sur la plaie dont les lèvres sont supposées être bien rapprochées. Cette douce pression des té-

guments sur le centre de l'anneau en favorise l'obturation, ainsi que le recollement de tout l'intérieur de la plaie. C'est par ce procédé que des malades ont été complètement guéris dans l'espace de huit à dix jours. J'en parle par expérience. Mais une cure aussi prompte n'est pas toujours possible, le même traitement ne pouvant être employé indistinctement dans tous les cas. Il en est où la plaie doit être remplie mollement de charpie seche, afin d'exciter dans les parties membraneuses une suppuration nécessaire. Après la guérison, le malade doit porter un bandage : l'opération ne dispensant pas de ce soin.

Quelques auteurs ont pensé qu'en scarifiant l'anneau après l'avoir débridé, on pourroit procurer par ce moyen la cure radicale de la hernie. C'est une erreur qui n'a pas même l'apparence de la vrai-semblance et qui par conséquent ne mérite pas d'être refutée. La ligature du sac herniaire, sa réduction, c'est-à-dire l'introduction des lambeaux de ce sac dans l'anneau pour y faire l'office d'un tampon qui doit en boucher l'ouverture, sont des opérations inutiles et conçues d'après de fausses spécula-

tions. De ce que l'on peut sur un cadavre repousser dans l'anneau le sac mince d'une petite hernie, on en a conclu qu'en faisant la même chose sur un malade à qui l'on auroit fait l'opération d'une hernie étranglée, il en résulteroit une cure radicale par l'occlusion de l'anneau. Mais si la hernie est ancienne volumineuse et enflammée, le sac herniaire est adhérent et n'est pas réductible, et s'il n'est pas adhérent, il ne restera point dans l'anneau et n'y fera point l'effet d'un bouchon, il en sortira au plus petit effort. C'est ici le cas de rappeler ce que Baglivi a dit, il y a longtemps, que les fausses analogies étoient une source d'erreurs dans la pratique de l'art de guérir. *Argumentatio à simili, sicut facilior omnium est, ita si debite non instituatur, cœteris omnibus fallaciores deducit conclusiones* (1). Il est sans doute inutile de dire qu'il ne faut dans aucun cas introduire une tente dans l'anneau. Depuis plusieurs années ce procédé nuisible est heureusement tombé en désuétude. On lui a substitué dans ces derniers temps une petite pelote

---

(1) *Baglivi, praxis medica, lib.* 1, *cap.* 6

faite avec de la charpie enfermée dans un morceau de linge que l'on applique sur l'anneau pour s'opposer par une douce pression à l'issue des parties réduites. Mais cette pelote est au moins inutile : et ce qu'il y a de mieux à faire pour maintenir les parties réduites, c'est d'appliquer méthodiquement l'appareil, c'est de faire garder au malade une situation horisontale et le repos le plus parfait. Il doit éviter de faire les plus petits efforts, et s'il est fatigué accidentellement par la toux, on lui prescrira les remèdes béchiques et calmants pour en diminuer la violence. Je n'ai recommandé l'usage d'aucun des instrumens imaginés dans ce siècle par Morand, Arnaud, Le Dran et autres, pour faire cette opération, parce que je suis persuadé qu'une sonde canelée et un bistouri suffisent pour opérer toutes les hernies.

Un chirurgien d'Orléans (1) a pensé qu'il valoit mieux dilater l'anneau avec un instrument dilatateur qui a la forme d'un gorgeret, que de l'inciser, parce que

---

(1) Nouvelle méthode d'opérer les hernies, par Le Blanc. *Paris*, 1782, *in*-8.

selon lui cette incision est dangéreuse, très-douloureuse et favorise l'issue des parties qui ont été réduites. Il est persuadé que les malades auxquels il a dilaté l'anneau de cette manière ont été radicalement guéris de leurs hernies, ce qui ne seroit pas arrivé selon lui, s'il l'eut aggrandi par incision. Un Anglois qui avoit une hernie non étranglée desiroit n'être plus assujetti à porter un bandage, il se soumit à cette épreuve qui fut suivie, dit-on, d'un succès complet. Le même auteur croit encore que lorsqu'il est nécessaire d'aggrandir un orifice trop étroit, par exemple celui de la matrice, ou de la vessie, pour en extraire un corps étranger, de lentes et douces dilatations sont préférables à l'incision. Tous les praticiens pensent au contraire que l'incision du col de la matrice ou de la vessie est certainement préférable à la dilatation lente et graduée de cette orifice pour extraire un corps étranger, et sur ce point l'expérience est d'accord avec la raison. Jamais on n'a guéri radicalement une hernie, en dilatant l'anneau inguinal, en lui faisant perdre son élasticité. L'incision de cet anneau ou de l'arcade crurale n'est ni dangereuse,

dangéreuse, ni très douloureuse, comme on le dit gratuitement. Elle est indispensablement nécessaire quand la hernie est d'un volume considérable, quand l'étranglement a son siége dans l'anneau. Il est quelquefois possible en opérant une hernie étranglée de réduire l'intestin, ou l'épiploon sans aggrandir l'anneau, soit par incision, soit par dilatation : mais quand l'ouverture est trop étroite, l'incision doit toujours être préférée à la dilatation qui n'est pas praticable et qui seroit dangéreuse lorsque les parties sont prêtes à tomber en gangrene.

Quelques praticiens disent avoir vu des malades attaqués de convulsions, de serrement des machoires, de tetanos, immédiatement après avoir subi l'opération de la hernie. C'est ordinairement après celle de la castration, après l'amputation d'un membre et toutes les fois que des parties nerveuses ont été liées, irritées ou déchirées, que ces accidents se manifestent. Ils sont l'effet d'une douleur excessive dans un individu sensible et très-irritable. Ainsi la ligature très-serrée du cordon spermatique, celle du sac herniaire, l'introduction d'une

tente dans l'anneau qui froisse le cordon, le déchirement des parties qu'il étoit nécessaire de couper nettement et d'un seul trait de bistouri et qu'on a au contraire déchiquetées à coups de ciseaux, ou a coups de bistouri, dont on n'a fait agir que la pointe sont les causes ordinaires de cet accident qui est souvent mortel. Ainsi la plupart des enfants que des charlatans mutiloient dans le siècle dernier, avec l'intention de les guérir radicalement de la hernie, éprouvoient de violentes convulsions auxquelles ils succomboient. L'opium est en pareil cas le remède efficace. On en fera prendre au malade jusqu'à ce qu'il soit calmé. On pansera la plaie qui est très douloureuse avec de la charpie et des compresses trempées dans une décoction faite avec un gros de ce médicament bouilli dans une chopine d'eau. On tiendra le malade chaudement, afin de lui procurer une douce transpiration. Le bain tiède et la saignée ont été quelquefois utiles.

Différents accidents peuvent encore compliquer la maladie et l'opération. On a trouvé l'intestin rétréci et même oblitéré dans

l'endroit où il étoit étranglé. Ritsch a donné sur ce cas une observation importante (1). Un homme de quarante-cinq ans, d'un tempérament bilieux, portoit depuis plusieurs années une hernie inguinale au côté droit, qu'il contenoit par un bandage. Il en étoit peu incommodé, à quelques douleurs de coliques près qu'il sentoit de temps à autre de ce côté. Il se plaignoit d'être souvent constipé. Un jour en faisant un grand effort pour soulever un fardeau, la hernie sortit, dès le moment il fut attaqué des accidents qui annoncent l'étranglement de l'intestin. Il appela un chirurgien et un médecin qui n'omirent rien de ce qui pouvoit combattre les symptômes présents. Ils avoient mis en usage la saignée réitérée, les lavements émollients, les demi bains, les cataplasmes émoliens et mêmes les clystères de fumée de tabac. Le tout ayant été continué soigneusement pendant deux jours sans aucun succès, le troisième on consulta M. Ritsch. Voyant que les symptômes persistoient malgré tous les secours, il crut que l'opération étoit indispensable et il l'a

(1) Mémoire de l'Acad. de Chirurgie, tom. 4. p. 175.

Et. Ayant incisé les téguments et ouvert le sac herniaire, il trouva l'intestin enflammé. Mais cette inflammation ne parut pas assez grave pour contre indiquer la réduction. A peine fut-elle faite, que les accidents parurent calmés. On fit prendre quelques lavements à demi seringue pour débarrasser les gros intestins, et malgré cela le malade n'avoit pas été à la selle six heures après l'opération. Les accidents reparurent peu après qu'elle fut faite. Les clystères avec la fumée de tabac ne réussirent pas plus après qu'avant l'opèration : et le malade mourut au bout de douze heures. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'intestin iléon aussi excessivement rétréci en deux points, aux endroits qui avoient été étranglés par l'anneau, que si on l'avoit fortement serré avec une ficelle. Il y avoit adhérence mutuelle des parois internes de l'intestin, ensorte que la capacité qui étoit au-dessus de cette bride n'avoit aucune communication avec le reste de la continuité du canal : en un mot, le passage pour toute matière étoit exactement interrompu. On connut alors la cause des accidents secondaires et de la mort qui en a été la suite funeste.

Cette observation fait voir d'abord combien il est important dans toute opération de hernie de ne pas procéder à la réduction de l'intestin, après l'incision de l'anneau ou de l'arcade crurale, sans avoir préalablement retiré un peu en dehors l'anse de l'intestin sorti, afin d'examiner la nature de l'impression qui y a été faite à l'endroit qui a souffert étranglement. Si dans cet endroit l'intestin est retréci sans être dur ou squirrheux, si la continuité du canal n'est pas interrompue, les matières pouvant encore y passer, quoiqu'avec un peu de gêne, il faut replacer l'intestin dans le ventre où il se dilatera peu-à-peu et reprendra son diamètre naturel. Mais si la continuité du canal est totalement interrompue par oblitération, si les matières ne peuvent plus y passer, l'indication n'est pas alors de réduire l'intestin, ce qui ne serviroit à rien, mais d'en retrancher avec les ciseaux toute la portion viciée. Après cette réfection, le malade sera dans l'état où sont ceux à qui l'on a été obligé d'emporter une portion du canal intestinal altéré par la gangrenne, mais sans adhérence avec l'anneau. On rétablira ensuite la continuité

du canal en pratiquant l'opération de Ramdhor, telle qu'elle a été décrite précédemment en parlant des plaies des intestins.

Quand la hernie est ancienne et d'un volume excessif, il n'est pas toujours facile de la réduire aussi tôt qu'on a incisé le sac herniaire et l'anneau. La proportion n'existe plus entre la cavité du ventre et la grosseur demésurée d'une hernie, qui abandonnée à elle-même, a acquis peu-à-peu un volume trop considérable. Indépendamment du volume de la tumeur, le changement que les parties éprouvent dans leur forme, dans leur contexture en sortant par l'anneau, les connexions, les adhérences qu'elles contractent ensemble ou avec le sac qui les contient, sont autant de causes qui rendent la réduction difficile, et quelquefois impossible. Petit rapporte dans le deuxième volume de ses œuvres Posthumes, que, n'ayant pu réduire une grande portion d'intestin, même après avoir fait à l'anneau une incision très-étendue, il fut obligé de laisser les parties hors du ventre. C'étoit le cœcum et une portion de l'ileon. Il les enveloppa de compresses trempées dans une décoction de guimauves,

et il eut soin d'humecter l'appareil de deux heures en deux heures avec la même liqueur. Le malade, qui étoit jeune, fut saigné plusieurs fois, les accidents de l'étranglement cessèrent, parce que l'anneau avoit été grandement incisé. Dans l'espace de cinq semaines, ajoute cet auteur, le malade fut guéri et porta un suspensoir ou bandage creux pour contenir une portion d'intestin qui n'avoit pu être réduite. Ce fait est extraordinaire et personne ne peut assurer que dans un cas aussi défavorable où une masse d'intestins reste pendant plusieurs jours hors du ventre, la gangrenne ne s'en emparera pas, et que ces intestins couverts d'un linge trempée dans de l'eau de guimauve, rentreront d'eux-mêmes et peu-à-peu dans l'espace d'un mois. J'ai vu précisément le contraire dans un malade à qui j'avois fait l'opération d'une hernie inguinale étranglée. L'intestin, qui étoit médiocrement enflammé, ayant été réduit facilement et les accidents de l'étranglement étant cessés, ce malade prit douze ou quinze heures après son opération, un médicament laxatif, sortit de son lit pour satisfaire à ses besoins. Aussi-tôt une grande

portion du canal intestinal s'échappa par l'anneau pendant les efforts que faisoit ce malade, et resta hors du ventre couverte par l'appareil pendant une demie journée. J'éprouvai la plus grande difficulté à faire rentrer cette portion d'intestin longue de quatre à cinq pieds : j'en vins pourtant à bout, mais le malade mourut d'inflammation au canal intestinal, vingt-quatre heures après cette réduction.

Morand (1). a publié un fait à-peu-près semblable. Il dit qu'un homme âgé de cinquante deux ans, avoit une éventration monstrueuse. Une chûte, qu'il venoit de faire, y joignit une nouvelle portion de l'intestin ileon. Par un malheur auquel on n'auroit point dû s'attendre, il éprouva des accidents tels qu'on fut obligé de faire l'opération et de retrancher une grosse masse d'épiploon. L'anneau ne fut incisé qu'autant qu'il étoit nécessaire pour faire rentrer cette petite portion du boyau très-gonflé. On laissa le colon sain dans la place qu'il occupoit, et les accidents de l'étranglement cessèrent; mais le malade s'étant levé pour

(1) Opuscules de Chirurgie, pag. 168.

quelque besoin et ayant fait des efforts, parce qu'il étoit constipé, il tomba sur ses cuisses une si grande quantité de boyaux avec le mésentère sur lequel on voyoit des veines lactées très-sensibles, qu'il fut impossible de réduire ces parties ; et le malade mourut.

Je n'ai rapporté ces observations, que pour désabuser ceux qui pourroient croire, d'après l'autorité de Petit, qu'une grande portion d'intestin qui n'est point étranglée, peut rester sans inconvénient hors du ventre pendant plusieurs jours jusqu'à ce que la réduction s'en fasse peu-à-peu et spontanément à mesure que le malade perd de son embonpoint.

Une hernie ancienne, volumineuse, abandonnée à elle-même ou mal contenue par un mauvais bandage, occasionne des douleurs habituelles de colique, fatigue par son poids, par son volume et est très-susceptible d'étranglement. Si l'inflammation, quelque légère qu'on la suppose, s'empare de temps-en-temps de la tumeur après une constipation, une erreur dans le régime, les parties contenues dans le sac herniaire contractent entr'elles des adhérences plus

ou moins fortes. Ces adhérences entre deux surfaces enflammées qui se touchent et qui s'unissent de manière à ne pouvoir plus être séparées, lors même que l'inflammation est dissipée, s'opposent invinciblement à la réduction de la hernie, quoiqu'elle ne soit pas étranglée. Tantôt la réduction est absolument impossible, et tantôt elle peut se faire en partie, selon que l'adhérence est grande et totale, ou qu'elle est petite et partielle. Dans l'un et dans l'autre cas, l'unique ressource qui reste au malade est d'user d'un régime sobre, frugal et sain, de se tenir le ventre libre et de porter un suspensoir qui soutienne toute la tumeur et qui exerce sur elle une pression douce, constante et uniforme, capable de s'opposer à son accroissement. Un chirurgien instruit ne conseillera jamais d'opérer une hernie adhérente qui n'est pas étranglée, dans la vue de détruire ces adhérences avec l'instrument tranchant et de réduire complettement la hernie que l'on croit pouvoir maintenir ensuite avec un bandage. Les malades, à qui l'on a osé faire cette laborieuse opération, en ont été les victimes et les chirurgiens ont eu lieu

de s'en repentir. « En pareil cas, dit » Sharp (1), l'œuvre est si difficile et si » hasardeuse, qu'à moins d'y être contraint » par les accidents de l'étranglement, je » ne voudrois pas l'entreprendre. Deux » personnes incommodées par le poids » d'une semblable hernie inguinale, quoi- » qu'elles ne souffrissent pas d'ailleurs, » voulurent qu'on leur fit l'opération. L'évé- » nement fut mortel dans l'un et dans » l'autre ».

Cela doit rendre un peu circonspect : la première indication à suivre dans une opération quelconque, est en effet de ne pas tuer le malade tout en voulant le guérir. Il seroit déraisonnable d'exposer un homme à perdre la vie, parce qu'on desire le débarrasser d'une incommodité supportable à l'aide d'un suspensoir. Mais si la hernie soit inguinale, soit crurale est d'un volume médiocre, l'adhérence, quelque grande, quelqu'ancienne qu'on la suppose, ne contre-indique pas l'opération, quand il y a étranglement. L'opération est à la vérité plus ou moins difficile, le succès en est

(1) Traité des Opérations de Chirurgie, chap. 4.

plus ou moins heureux, mais elle n'en est pas moins indispensable, et l'expérience a prouvé plus d'une fois, qu'en pareil cas, l'on avoit sauvé la vie du malade. Tantôt les parties contenues dans le sac herniaire, enflammées, et pour ainsi dire colées les unes avec les autres, peuvent être pourtant désunies avec le doigt. Tantôt l'agglutination est plus forte et produite par des bridés plus ou moins dures, plus ou moins épaisses qu'il faut couper. Quelquefois le sac herniaire dur et épais, sur-tout dans les vieilles hernies qui ont été contuses par des bandages mal faits ou mal appliqués, forme de distance en distance des replis ou des froncements circulaires sur l'intestin auquel il est adhérent et dont il est difficile de le séparer. Dans ce cas on conseille, pour ne pas blesser l'intestin, d'inciser d'abord l'anneau qui forme l'étranglement, de tirer à soi une portion de cet intestin, afin d'ouvrir le sac herniaire dans un endroit libre au dessus de son adérence. Quelquefois aussi l'intestin et l'épiploon plus ou moins altérés, sont depuis si longtemps unis ensemble, qu'il seroit impossible de les séparer et qu'il seroit même dange-

reux de l'entreprendre. En pareil cas, il est convenable de débrider l'anneau pour faire cesser l'étranglement et mettre les parties à l'aise, de replacer, autant qu'il est possible, celles qui sont saines et de faire porter après la guérison un bandage creux pour soutenir les parties adhérentes et irréductibles. De quelque nature que soit l'adhérence, que ce soit une bride formée par l'épiploon, que ce soit un retrécissement du col du sac herniaire qui étrangle l'intestin, qu'une mucosité lymphatique agglutine les parties ou les unisse sous la forme de filaments tendineux, que ces divers obstacles à la réduction se trouvent dans le sac herniaire ou dans l'anneau plus ou moins profondément, on conçoit pourtant la possibilité de les vaincre par des incisions méthodiques et de sauver la vie du malade.

Indépendament de ces adhérences, indépendamment de l'étranglement et du volume considérable de la tumeur, qui sont les trois causes connues qui s'opposent plus ou moins à la réduction d'une hernie, il en est encore une quatrième qu'un cas particulier m'a fait connoître et que je crois devoir publier. Un vieillard portoit

depuis cinq à six ans du côté droit une hernie inguinale qui n'avoit jamais été réduite, ni contenue par un bandage. Les accidents de l'étranglement tels que le vomissement, la constipation, la tension du ventre, la fièvre, s'étant manifestés, et les secours usités en pareil cas ayant été administrés sans succès, le maniement méthodique de la tumeur qui étoit peu douloureuse, légerement enflammée et prolongée jusqu'au bas du scrotum n'ayant pu opérer la réduction, je me déterminai à faire l'opération le cinquième jour de la maladie. Les téguments et le sac herniaire incisés, il parut une anse d'intestin longue de trois à quatre pouces. C'étoit évidemment une portion du colon qui étoit enflammée, mais sans adhérence. Il n'y avoit point d'épiploon dans le sac herniaire. L'anneau parut d'abord assez ouvert, assez libre pour faire croire que l'on pourroit sans l'inciser, réduire l'intestin : et ce n'étoit point en effet son rétrécissement qui s'opposoit à la réduction. Après quelques tentatives inutiles, je crus devoir pourtant l'agrandir par une incision de quelques lignes. Mais cette incision ne facilita point

la rentrée de l'intestin, de quelque manière que la pression que mes doigts faisoient sur lui fut dirigée. Il fut également impossible d'attirer au dehors la plus petite portion de cet intestin qui paroissoit être invariablement fixé à la même place par une cause quelconque, dont on ne pouvoit soupçonner l'existence. L'anneau étoit pourtant suffisamment incisé, et en portant le doigt dans son ouverture aussi profondément qu'il fut possible, je ne sentis ni bride, ni adhérence, ni étranglement. Cette portion d'intestin ne pouvant être réduite, je cessai de faire de vains efforts et je la couvris d'un linge trempé dans une décoction de guimauve. Le malade prit un lavement et but quelques verres d'une dissolution de sel d'epsom dans de l'eau froide qui ne firent cesser ni le vomissement, ni la constipation, ni aucun des accidents qui résultent de l'interruption du canal intestinal. Plusieurs chirurgiens qui tiennent le premier rang dans notre profession furent invités à donner leur avis sur un cas aussi obscur. Ils ne purent ainsi que moi, réduire l'intestin qui étoit peu tuméfié et qui paroissoit être fort

libre, ni en tirer au dehors la plus petite portion. Il fut décidé de le fendre longitudinalement et parallèlement à la bande ligamenteuse, dans l'étendue d'environ un pouce afin de procurer, s'il étoit possible, une voie libre aux matières stercorales. Mais l'incision faite il ne sortit rien. Je portai le doigt dans le bout supérieur et dans le bout inférieure de l'intestin, sans trouver le plus léger obstacle, le plus petit rétrécissement. Le malade s'affoiblit et mourut quinze ou vingt heures après avoir été opéré. L'ouverture du cadavre fit voir que la portion gauche du colon dont la figure est à peu-près celle d'une S romaine, se portoit transversalement de gauche à droite sur la surface des intestins, et sortoit par l'anneau inguinale du côté droit pour y former la hernie, en sorte que plus la pression étoit exercée dans la direction naturelle de l'anneau pour réduire l'intestin, plus elle s'opposoit nécessairement à la réduction. Mais ce qui est encore plus extraordinaire, c'est que l'anse formée par par le colon étoit dans son trajet de gauche à droite repliée, ou tortillée sur elle-même comme une corde, et que le canal étoit absolument

absolument interrompu par cette torsion qui répondoit à peu près à l'endroit de la ligne blanche où il avoit contracté une forte adhérence avec le péritoine. Les intestins grélés étoient très enflammés dans toute leur surface. On voit maintenant pour quoi il étoit impossible de réduire la hernie, même après avoir fait à l'anneau une très grande incision. L'ouverture seule du cadavre pouvoit apprendre quelle étoit la véritable cause qui s'opposoit à cette réduction et perpétuoit les accidents énoncés ci-dessus. On ne pouvoit donc même, après l'opération faite, se livrer qu'à des conjonctures vagues et insignifiantes. Le seul exemple à citer qui ait quelque rapport avec celui-ci, offre des circonstances moins bizarres et moins défavorables. C'est celui que Mery a consigné dans les mémoires de l'académie des sciences de Paris, année 1701, page 28). « Il mourut, dit cet au-
» teur, dans l'Hôtel-Dieu de Paris, un
» vieillard qui avoit une descente mons-
» trueusement grosse. Cette maladie ne fut
» pas néanmoins la cause de sa mort,
» puisqu'il ne lui arriva aucun des accidents
» qui l'accompagnent lorsque les intestins

» souffrent un étranglement dans les an-
» neaux des muscles du bas ventre. L'envie
» de m'instruire jointe à la curiosité de voir
» ce qui pouvoit être renfermé dans une
» tumeur si prodigieuse, me porta à faire
» l'ouverture du cadavre de ce pauvre
» homme. Le bas ventre étant ouvert, je
» fus extrêmement surpris de n'y trouver
» qu'environ un demi pied d'intestin
» grelé, tous étoient passés, à la réserve
» de cette petite portion dans le côté gauche
» du scrotum. Le cœcum placé naturelle-
» ment dans la région illiaque droite, y étoit
» même descendu avec le commencement
» du colon. Ces intestins, par leur chûte,
» avoient tellement tiré à eux l'estomac,
» qu'au lieu de former, comme à son ordi-
» naire, une ligne courbe au travers de
» la partie supérieure du ventre, il en
» décrivoit une droite tombant perpendicu-
» lairement du diaphragme dans la partie
» inférieure du ventre ».

Le cas que je viens de rapporter est, à ce que je crois, supérieur à toutes les ressources de l'art. Il prouve qu'on ne doit pas toujours après avoir incisé l'anneau, ou l'arcade crurale, comprimer l'intestin

que l'on veut réduire, dans la direction naturelle de ces ouvertures, et qu'il est quelquefois nécessaire de le comprimer en sens contraire. L'observation de Mery en est encore une nouvelle preuve. Mais lorsqu'on présume qu'il y a dans l'intérieur du ventre une adhérence de l'intestin avec le péritoine, ou une torsion à peu-près semblable à celle dont on vient de parler. Lorsque l'intestin est contourné sur lui-même et oblitéré par cette torsion, il n'y a point d'opération qui puisse remédier à un pareil désordre.

Quand la tumeur herniaire douloureuse, enflammée perd peu-à-peu sa renitence, son élasticité, quand elle devient molle, œdémateuse, quoique évidemment formée par l'intestin, quand on s'apperçoit qu'il est difficile de pincer et de soulever la peau qui commence à devenir livide et qui est adhérente aux parties qu'elle recouvre, quand enfin les douleurs du malade s'appaisent, on peut être assuré que la gangrene dont les progrès se font du dedans au dehors de la tumeur s'est déjà emparée de l'intestin. En pareil cas il n'y a pas de temps à perdre, si l'on veut conserver la

M 2

vie du malade. Il faut promptement ouvrir la tumeur, afin de donner une issue libre aux matières stercorales fluides, infiltrées dans le tissu cellulaire et retenues par les téguments encore entiers. Les progrès de la gangrene sont d'autant plus rapides, que l'intestin forme seul la hernie. A peine les téguments et le sac qui y est adhérent sont incisés, qu'il se fait par la crevasse plus ou moins grande de l'intestin, une évacuation très abondante de matières stercorales. Le malade paroît d'abord soulagé, le ventre s'affaise, diminue de volume, mais le pouls s'affoiblit après cette grande évacuation, et le malade épuisé par la diete, par la douleur, par l'insomnie et par les saignés, périt ordinairement dans l'espace de trente-six heures. S'il est jeune et dans la force de l'âge, si la gangrene est peu considérable, tout le diametre de l'intestin n'ayant pas été étranglé, il est possible de survivre à cet accident et il y en a plusieurs exemples. La maladie abandonnée en quelque sorte à elle-même après l'incision des téguments se guérit souvent par les seules forces de la nature. Les matières stercorales sortent d'abord en abondance par la plaie

que l'on aura soin de laver et de nettoyer plusieurs fois par jour avec du vin tiède, pour s'opposer à la mal-propreté et au croupissement de ces mêmes matières. On emportera avec l'instrument tranchant les parties cellulaires et cutanées évidemment putrides, sans toucher aux parties saines. L'huile de térébantine, le quinquina en poudre, ou un digestif animé, selon les circonstances, s'opposeront efficacement aux progrès de la pourriture et faciliteront la chûte des escares. Les adhérences que l'intestin a contractées dans toute la circonférence de l'anneau, mettent obstacle à l'effusion des matières stercorales dans le ventre. Il n'y a donc point de débridement de l'anneau à faire, et encore moins de réduction à tenter. L'inspection des parties, prouve en effet que cette réduction est impossible, quand même on voudroit l'essayer: et comme il n'y a plus d'étranglement, il n'y a plus de bridement, ni de réduction à faire. Une incision détruiroit les adhérences absolument nécessaires et agrandiroit inutilement la crevasse de l'intestin. Il est même inutile de faire coucher le malade sur sa plaie et de le tenir dans une position

gênante, pour faciliter l'issue de ces matières au dehors, puisque la forte adhérence de l'intestin dans l'anneau est un obstacle à leur épanchement intérieur. Mais il est très utile de mettre le malade à la diète au moins pendant les premiers jours et de lui tenir le ventre libre par des demi lavements et par des boissons laxatives, afin qu'il ne se fasse point un amas de matières dans les intestins, entre la plaie et le rectum, et afin que ces mêmes matières reprennent leurs cours par la voie naturelle. L'évacuation qui se fait d'abord abondamment par la plaie, diminue peu-à-peu, l'intestin se rétrécit, se fronce et se consolide à mesure que cette évacuation reprend sa route ordinaire. On ne sauroit trop recommander au malade de ne prendre que des aliments faciles à digérer et en petite quantité, de se tenir le ventre libre, afin d'éviter les coliques, les indigestions et surtout la constipation très dangéreuse en pareil cas. La perte de substance que l'intestin a soufferte expose les malades, après leur guérison, à des coliques habituelles produites par la difficulté que les matières trouvent à passer par l'intestin rétréci et formant un coude

ou un angle qui gène encore leur passage. Il en peut résulter, après une erreur dans le régime et sur tout après une constipation, le déchirement de la cicatrice, l'expulsion des matières par la plaie et une fistule qui est très longue à guérir et quelquefois incurables, ou même l'épanchement des matières dans le ventre, lorsque l'intestin se déchire audessus des adhérences qu'il a contractées. On prévient, jusqu'à un certain point, ces accidents funestes en n'usant que d'aliments faciles à digérer et pris modérément, en se tenant habituellement le ventre libre par des demi lavements. Si des malades n'ont point éprouvé ces coliques qui résultent du rétrécissement du tube intestinal, si après la cure d'une hernie avec gangrenne, ils ont joui pendant une longue suite d'années d'une santé parfaite, c'est que l'intestin qui avoit souffert la perte de substance étoit d'un diamètre considérable, c'est que la tumeur herniaire avoit été formée par le colon, ou par le cœcum. Il suffit d'en rapporter un exemple.

Un homme âgé de trente ans, attaqué depuis plusieurs années d'une hernie in-

testinale, ſut pris, en 1731, de tous les accidents de l'étranglement, qui subsistèrent pendant environ quatorze jours. La gangrenne s'étant emparée de la tumeur, on appella un chirurgien qui retrancha près de six pouces d'intestin gangrenné et une partie du scrotum. Les excréments sortirent par la plaie pendant quelque temps et reprirent ensuite leur route naturelle, ensorte que dans l'espace d'un mois, ce malade ſut parſaitement guéri. Il mourut en 1763, c'est-à-dire trente-deux ans après son accident. Le desir de savoir comment, après une perte de substance aussi considérable à l'intestin, les matières stercorales avoient pu reprendre leur cours naturel par l'anus, dètermina une personne de l'art à ouvrir le cadavre et à examiner attentivement les parties. On reconnut que tout le cœcum et son appendix vermiforme, avoient été détruits par la gangrenne, mais que l'iléon et le colon étoient dans leur intégrité. Le passage des matières étoit par conséquent absolument libre (1).

---

(1) *Medical Observations, and inquiries by a Society of physicians, in London, tom. 5, pag. 64.*

Ainsi, lorsque la perte de substance que l'intestin a soufferte par la gangrenne est médiocre, lorsque le retrécissement de ce canal n'est pas trop considérable et laisse encore aux matières qui doivent le parcourir un passage libre, la guérison est complette. Mais si l'intestin a été entamé profondément par la pourriture, si tout son diamètre a été détruit, cette perte de substance étant irréparable et les matières trouvant moins de facilité à continuer leur route par l'anus qu'à sortir par la plaie, elles s'y portent avec abondance et il s'établit en cet endroit une fistule incurable, ou plutôt un anus contre-nature, par où ces mêmes matières coulent continuellement et involontairement pendant toute la vie. La puanteur et la malpropreté sont les suites inévitables de cette infirmité dégoûtante, et ceux qui en sont affligés sont encore exposés à la protubérance et au renversement de l'intestin qui, dans les plus petits efforts, fait une saillie considérable à l'extérieur. Cette espèce de tumeur herniaire est quelquefois du volume du poing d'un adulte; elle est rouge, molasse, presque indolente, couverte sans cesse de mu-

cosité et parsemée de petits tubercules glanduleux. On l'a comparée à la chûte ou au renversement du rectum. Tantôt les deux bouts de l'intestin renversé, sortent au-dehors, et c'est le cas le plus ordinaire; tantôt c'est la portion qui répond à l'estomac, et par laquelle s'écoulent les excréments toujours liquides, qui forme la tumeur; tandis que l'autre portion qui répond à l'anus par où il ne sort plus d'excréments, est retrécie et peu saillante. On croit que cette tumeur n'est point susceptible de réduction et qu'il seroit même dangereux de la tenter. Elle se fait cependant en partie, lorsque les malades sont couchées sur le dos, mais lorsqu'ils sont debout, lorsqu'ils font le plus petit effort ou lorsqu'ils éprouvent des douleurs de colique par la difficulté que les matières ont à s'écouler, la tumeur reparoit très-promptement. Ceux que j'ai vu dans cette situation, étoient des personnes indigentes qui, pour ne point exposer la portion d'intestin sortie et renversée aux injures de l'air, et pour n'être point salis par l'écoulement continuel des excréments, se servoient, pour les recevoir et pour cacher leur in-

firmité, d'une écuelle de bois ou d'une assiette de terre profonde attachée autour du corps par une ceinture, et qui recouvroit largement toute la tumeur, sans la comprimer. Ce moyen simple, et qui n'exige aucune dépense, étoit employé par ceux qui avoient un anus contre-nature à la suite d'une plaie au bas-ventre. D'autres se servoient d'une espèce de bouteille de corne, de cuir ou de fer-blanc fixée autour du corps par une ceinture, lorsque la maladie avoit son siége au pli de l'aine. Dans ce dernier cas, on a imaginé une machine qui a été employée utilement et qui consiste en une pelote d'ivoire, un conduit de gomme élastique, une cuvette ou réservoir d'argent avec une soupape et un bandage inguinal, sur lequel la machine est montée. Elle permet aux malades de vaquer à leurs affaires et de se présenter en compagnie sans y être à charge par la mauvaise odeur (1).

Quoique les symptômes qui caractérisent la maladie dont il s'agit soient suffisamment détaillés d'après tout ce qui vient

(1) Traité des bandages herniaires, par Juville, pag. 143.

d'être dit, je crois devoir cependant, pour les rendre encore plus sensibles et pour faire voir quelle est la marche ordinaire de la nature dans ces sortes de cas, rapporter l'observation suivante que Mery a consignée dans les mémoires de l'académie des sciences de Paris, année 1701, p. 284.

« Le 17 octobre 1701, dit cet auteur,
» une fille âgée de vingt-sept à vingt-huit
» ans, fut conduite à l'hotel-dieu pour
» une hernie formant une tumeur qui
» s'étendoit depuis l'aine gauche jusqu'au
» milieu de la cuisse. Son diamètre étoit
» d'environ sept à huit pouces, elle étoit
» dure dans sa partie supérieure, molasse
» dans l'inférieure. La malade vomissoit
» les aliments qu'elle prenoit et alloit ce-
» pendant assez librement à la selle. On
» tenta envain la réduction des parties que
» renfermoit la tumeur : ce qui fit penser
» à en venir à l'opération, mais je n'en
» fus pas d'avis pour deux raisons, la pre-
» mière, parce que la descente étant fort
» ancienne, j'avois eu lieu de croire que
» les parties qui étoient sorties hors de la
» capacité du ventre devoient être adhé-
» rentes dans la tumeur; la seconde, parce

» que la malade allant, comme je viens
» de le dire, assez librement à la selle,
» je ne jugeai pas l'opération d'une néces-
» sité absolue. Ne voulant pas néanmoins
» m'en rapporter à mon seul sentiment,
» j'appellai en consultation les médecins
» de l'hotel dieu pour prendre leurs avis
» sur ce qu'il y avoit à faire. Leurs senti-
» ments furent partagés; les uns jugeant
» que l'opération étoit nécessaire pour met-
» tre fin aux vomissements; les autres ne
» trouvant pas à propos de la faire, parce
» qu'il leur paroissoit comme impossible
» de vaincre l'adhérence de l'intestin sans
» faire périr la malade. Le sentiment de
» ces derniers fut suivi; mais sur ce qu'un
» d'entr'eux crut qu'il y avoit de l'eau dans
» la tumeur outre les parties, je l'examinai
» avec plus d'attention que je n'avois fait
» auparavant, et sur le rapport que je leur
» fis que je sentois effectivement dans le
» bas de la tumeur de la fluctuation; ils
» furent d'avis de l'ouvrir par la ponction
» que j'y fis avec le troicart, je tirai en-
» viron une pinte de sérosité teinte de sang
» et fort fètide, ce qui me fit juger que
» les parties qu'elle renfermoit étoient gan-

» grennées. Deux jours après je réitérai la
» ponction, parce que la tumeur s'étoit
» remplie. La liqueur qui en sortit cette
» seconde fois étoit beaucoup plus puante
» que la première, plus trouble et avoit
» moins de teinture de sang : d'où je tirai
» ce pronostic que la gangrenne de l'intes-
» tin étoit dégénérée en une entière mor-
» tification. Malgré l'état déplorable où se
» trouvoit alors la malade, son pouls se
» soutenoit, son ventre étoit sans douleur
» et elle rendoit les matières fécales par
» l'anus, mais elle vomissoit la plus grande
» partie des aliments qu'elle prenoit. La
» canie cadavereuse que j'évacuai la se-
» conde fois par la ponction, continua de
» couler pendant trois jours par les deux
» ouvertures, sans aucun mélange d'excré-
» ments. Après ce temps, la gangrenne
» commença à attaquer les téguments de
» la tumeur, qui tombèrent peu-à-peu dans
» une entière mortification, et alors la ma-
» tière qui sortit par les deux piqûres que
» j'avois faites, parut mêlée d'excréments,
» signe évident que l'intestin pourri s'étoit
» enfin crevé. La gangrenne ne fit pas dans
» les téguments un fort grand progrès,

» elle se borna et décrivit un cercle de
» trois à quatre pouces de diamètre que
» je coupai aussi-tôt que la nature parut
» d'elle-même en faire la séparation. Cette
» partie corrompue des téguments étant
» enlevée, j'apperçus plusieurs circonvo-
» lutions d'intestins grêles tous pourris,
» ils n'étoient point adhérents aux enve-
» loppes qui leur fournissoient les tégu-
» ments, mais deux circonvolutions de l'in-
» testin colon qui y étoient aussi renfer-
» mées, y étoient naturellement unies par
» un côté de leur surface extérieure. Tout
» ce qui étoit passé de cet intestin dans
» la tumeur, n'étoit nullement altéré, ce
» qui parut d'abord par la couleur rouge
» et vermeille qui s'est toujours conservée
» la même dans toute la suite de la ma-
» ladie.

» Après avoir séparé la partie corrompue
» des téguments, je coupai le même jour
» les circonvolutions pourries des intes-
» tins grêles, j'en tirai encore le lendemain
» avec mes doigts la longueur d'environ
» un pied, de sorte que la malade a bien
» perdu au moins quatre à cinq pieds de
» ses intestins. Quoique depuis ce temps,

» il n'y ait plus eu de communication des
» intestins grêles avec les gros, il est ce-
» pendant sorti de temps en temps quelques
» excréments par l'anus, qui vraisembla-
» blement étoient retenus dans le colon
» depuis l'opération, où ils ont séjourné
» pendant sept semaines, puisque le 11
» décembre la malade en a encore rendu.
» Il se peut faire aussi que ces excréments
» viennent de la décharge des glandes, et
» qu'ils s'amassent dans le colon de cette
» fille comme il font dans celui du fœtus
» renfermé dans l'utérus. Ce qu'il y a de
» remarquable dans cette fille qui a perdu
» quatre ou cinq pieds d'intestin grêles et
» qui a un anus contre-nature au pli de
» l'aine, c'est que lorsqu'elle ne charge
» point trop son estomac et qu'elle ne prend
» que des aliments d'une facile digestion,
» elle rend des excréments d'une consis-
» tence aussi solide qu'ils l'étoient quand
» ils sortoient par l'anus : autrement il lui
» arrive un flux de ventre. Elle reprend
» de jour en jour son embonpoint, ce qui
» marque que ce n'est que les quatre ou
» cinq pieds de l'ileon qu'elle a perdus. Il
» reste encore à cette fille au-dessous de
l'aine

» l'aine plus grosse qu'un œuf de poule
» d'inde. Cette tumeur a une ouverture
» de trois à quatre lignes de largeur et de
» plus d'un demi pouce de longueur.
» Comme la cicatrice qui la borde est
» fort enfoncée, il n'y a pas d'apparence
» que cette ouverture diminue davantage :
» et comme ce sont les gros intestins qui
» forment la plus grande partie du volume
» de cette tumeur, et qu'ils sont naturelle-
» ment unis aux téguments, il y a lieu de
» croire qu'elle conservera toujours la même
» grosseur. Ainsi il est vrai de dire que
» la maladie de cette fille ne peut recevoir
» une guérison plus parfaite. De l'hotel-
» dieu, elle fut conduite à l'hopital géné-
» ral, d'où elle est sortie pour se mettre
» en service. Étant obligée de se courber
» pour frotter un plancher ; il est arrivé
» que dans cette posture gênante, l'intestin
» ileon uni à l'anneau inguinal a été peu-
» à peu poussé dans la tumeur restante,
» qu'il a dilaté son ouverture d'un pouce
» et demi, et qu'il est enfin sorti au-dehors
» de la longueur d'un demi pied, en se
» renversant comme fait le rectum quand
» il tombe dans l'anus. La fluxion, l'in-

» flammation et la gangrenne supercielle
» qui sont survenues à cet intestin pendant
» les grandes chaleurs du mois d'août, ont
» obligé cette fille à rentrer à l'hotel dieu
» pour y recevoir les secours dont elle a
» besoin ».

Lorsqu'on opère une hernie gangrennée, il est très important d'examiner si la gangrenne de l'intestin est considérable, ou médiocre. Si c'est une véritable escarre, il ne faut point après avoir débridé l'anneau, réduire cet intestin, quand même cela seroit possible. Cette escare se détachera et tombera par l'action vitale au bout de quelques jours et l'intestin restera ouvert. Il faut donc, s'il est libre, s'il n'a pas déjà contracté des adhérences au dedans de l'anneau le laisser au dehors et l'y maintenir en passant avec une aiguille à travers le mésentère un fil double ciré, en forme d'anse, que l'on fixera par un emplâtre agglutinatif a l'extérieur pour retenir l'intestin ouvert et l'empêcher de rentrer dans le ventre. Mais si la gangrenne s'est emparée d'une grande portion du canal intestinal, le malade après la chûte des escares ne peut guérir qu'à l'aide d'un anus contre

nature, à moins que par des circonstances rares et favorables, les deux portions intestinales étant libres et sans adhérence, on ne tente de les réunir avec prudence, comme a fait Ramdhor, en introduisant la portion supérieure qui répond à l'estomac dans l'inférieure qui répond au rectum, ainsi qu'il a été dit en parlant des plaies du bas ventre.

Les anatomistes ont fait depuis très longtemps une observation qui considérée relativement aux hernies inguinales et crurales doit naturellement trouver ici sa place. Ils ont vu plusieurs fois l'intestin iléon, surtout vers sa fin, former par sa portion opposée à celle qui est attachée au mésentère, tantôt un tubercule, une bosse, tantôt un véritable prolongement, ou une appendice qui sans interrompre la continuité du canal, formoit avec lui un angle droit. Cette appendice que Ruysch (1) a nommée *Diverticulum*, a quelquefois trois à quatre pouces de longeur et un pouce de diamètre. Il est inutile de rechercher si

---

(1) *Thesaur. anatom. 7. p. 7. — Musæum anatom. p.* 149.

c'est un vice de première conformation, comme le croyent ceux qui en ont vu de semblables dans des fœtus et même dans des animaux, ou si c'est le produit de la distention lente d'une portion d'intestin dans laquelle les vents et les excréments se sont accumulés depuis longtemps, comme cela est vraisemblable et comme il arrive au cœcum que j'ai vu dilaté pendant longtemps par des excréments retenus, jusqu'au point d'être pris par des personnes d'ailleurs instruites pour une tumeur squirreuse. On a trouvé rarement ces appendices dans le colon et il est plus rare encore d'en trouver dans le rectum. Des hernies ont été formées seulement par un semblable prolongement de l'intestin, et dans ce cas on a dit que si il y survenoit un étranglement, les accidents qui en résulteroient ne seroient pas aussi graves qu'ils ont coutume de l'être dans les cas vulgaires, parce que la continuité du canal ne seroit pas interrompue. L'expérience a prouvé le contraire. D'ailleurs ne voit-on pas tous les jours de petites hernies dans lesquelles une portion d'intestin n'est que pincée, causer les accidents les plus graves et même

la mort, quand on ne remédie point à l'étranglement, quoique la continuité du canal intestinal ne soit pas sensiblement interrompue? Il est très douteux qu'il y ait des signes positifs d'après lesquels on puisse prononcer qu'une hernie étranglée, ou non étranglée est formée par un semblable prolongement de l'intestin. Quoi qu'il en soit; les accidents de l'étranglement exigeant que l'on fasse l'opération, on réduira l'appendice, s'il elle est saine, si ses tuniques sont aussi épaisses que celles de l'intestin. Mais si elle est gangrénée, on se conduira d'après les principes établis pour le traitement des hernies avec gangrenne. Littre (1) a dit que dans ce dernier cas, il falloit lier l'appendice dans sa partie saine, couper la portion gangrénée et remettre ensuite le tout dans le ventre. L'inflammation qui résulteroit certainement de cette ligature se propageroit dans l'étendue du canal intestinal et seroit nuisible au malade. Ainsi je ne crois pas qu'on doive suivre le conseil donné par cet auteur.

---

(1) Mém. de l'Acad. des Sciences, an 1700. p. 308.

CHAPITRE VI.

De la Hernie Crurale.

LA hernie crurale beaucoup plus commune dans la femme que dans l'homme, est située au pli de la cuisse, à l'endroit où sont les vaisseaux fémoraux. Les parties qui la forment s'échappent par dessous l arcade tendineuse comme sous le nom de ligament de Fallope, soulèvent et distendent peu-à-peu l'aponévrose du fascia lata qui s'unit au bord de cette arcade et s'étendent ensuite plus ou moins du côté interne, ou externe du pli de la cuisse. Il en résulte que cette hernie recouvre immédiatement les vaisseaux fémoraux quand elle est volumineuse et dans le milieu du pli de la cuisse. Si elle est petite et située un peu intérieurement entre ces mêmes vaisseaux et l'angle du pubis, il est possible de la prendre au premier coup d'œil pour une hernie inguinale. Un examen attentif empêchera de la confondre, quand elle est intestinale et réductible, avec un abcès, un bubon, en observant les symptômes actuels de la maladie et en

se faisant rendre compte de tout ce qui a précédé. Si elle est épiploïque, ancienne, irréductible, peu douloureuse, accompagnée de dureté et de fluctuation, parce que l'épiploon a subi une dégénération lente et putride, il est possible de se méprendre, mais en pareil cas l'erreur est d'autant plus moins dangéreuse, qu'il y a une indication bien positive d'ouvrir la tumeur.

Quand la hernie crurale est étranglée, les accidents sont absolument les mêmes que ceux de la hernie inguinale. On y remédie par des procédés semblables, et ces procédés ont été indiqués dans le chapitre précédent. On fera fléchir la cuisse du côté malade, afin de détendre l'aponévrose du fascia lata et le ligament de Fallope, tandis qu'on essayera de réduire la tumeur par une pression qui sera dirigée en haut et un peu vers l'ombilic, et même en différents sens, si l'on ne réussissoit point, en suivant cette direction. La réduction étant faite, on contiendra cette hernie ordinairement moins volumineuse que l'inguinale avec un bandage dont la pelote plus longue que large aura une forme transversalement oblonque. Les mouve-

ments continuels de la cuisse, soit en marchant, soit en montant un escalier dérangent assez souvent ce bandage et le font remonter, lorsqu'on ne se sert pas d'un sous-cuisse.

Si l'opération est nécessaire, on incisera d'abord longitudinalement les téguments qui recouvrent toute la tumeur, afin de bien découvrir les parties qui sont situées profondément. Cette première incision faite, on trouvera un tissu cellulaire épais, dur et formé par les fibres aponévrotiques du fascia lata qui s'unissent à l'arcade crurale, on incisera ce tissu et ensuite le sac herniaire qui lui est adhérent. Cela fait, on essayera de réduire la hernie, sans débrider l'arcade crurale, quand cela est possible. Si ce débridement est nécessaire, on le fera différemment, c'est-à-dire on dirigera l'incision obliquement du côté de la ligne blanche, ou du côté de l'os des isles, afin d'éviter d'ouvrir l'artère épigastrique, selon que la hernie sera située entre les vaisseaux fémoraux et l'angle du pubis, ou au côté externe de ces mêmes vaisseaux. Si la tumeur herniaire est placée entre l'angle du pubis et l'artère fémorale,

ce qui est le cas le plus ordinaire, on incisera l'arcade tendineuse en haut et un peu obliquement vers la ligne blanche. Mais si la hernie est placée sur l'artère fémorale elle même, ou à son côté externe, l'incision de l'arcade doit-être faite obliquement vers l'os des isles. Dans tous les cas, cette incision sera la plus petite possible, comme de trois à quatre lignes. On voit qu'il est important, après avoir ouvert le sac herniaire, de s'assurer avec le doigt de la position de l'artère crurale de laquelle sort l'artère épigastrique. Si cette dernière artère étoit ouverte, il en résulteroit certainement une hémorragie très-considérable et très difficile à arreter par la ligature, le seul moyen à employer contre cet accident que l'on dit avoir été mortel. N'en ayant jamais été témoin, je ne puis en parler par expérience. Quant à la lésion de l'artère fémorale, elle est moins à craindre, soit que cette artère soit au côté externe de la hernie, soit qu'elle soit recouverte par la hernie elle même. On ne pourroit la blesser qu'en détachant avec l'instrument tranchant la partie postérieure du sac herniaire pour en faire la ligature, et

cette opération est tout à la fois inutile et dangéreuse. J'ai vu après des opérations de hernies crurales dans lesquelles le sac herniaire étoit tombé en pourriture et après la chûte des escares, l'artère fémorale à nud et pour ainsi dire disséquée dans l'étendue d'un pouce ou deux, comme si elle l'eût été avec le scalpel dans une préparation anatomique, sans qu'il en soit résulté aucun accident. Je me rapelle surtout le cas d'une femme qui eût cette artère absolument à découvert pendant plus de trois semaines, les battements en étoient très sensibles, ce qui formoit un spectacle curieux, mais effrayant pour une personne de l'art. La plaie bien détergée, on recouvroit tous les jours l'artère avec de la charpie sèche, et la guérison s'obtint sans aucun inconvénient.

L'appareil est le même que celui dont on se sert après l'opération faite à la hernie inguinale. On applique d'abord la charpie, les compresses et ensuite le bandage triangulaire, ainsi nommé, parce qu'il se fait avec un morceau de linge coupé en triangle. Aux angles supérieurs de ce linge, sont cousues deux bandes que l'on fixe anté-

rieurement au-dessus du pubis par un nœud, après les avoir conduites de devant en arrière autour du bassin. A l'angle inférieur du même linge, est cousue une troisième bande longue d'environ deux aunes pour un adulte : elle fait fonction de sous-cuisse et on la fixe à la bande qui fait le tour du corps après lui avoir fait faire plusieurs circonvolutions autour du bassin du côté malade. Il est utile, avant que d'appliquer ce bandage, de mettre sur la partie antérieure et inférieure du ventre, une compresse assez longue pour s'étendre depuis le côté droit jusqu'au côté gauche du bassin, afin que la peau ne soit pas blessée par la pression que font les deux bandes circulaires autour du corps.

CHAPITRE VII.

De la Hernie de Naissance.

Les anatomistes ont observé que dans tous les fœtus humains encore éloignés du terme de leur naissance, les testicules sont situés dans le ventre, sous les reins et sur la

partie antérieure du muscle psoas. Le péritoine forme un prolongement cylindrique qui s'étend comme une gaine depuis le lieu qu'occupent alors les testicules jusqu'au fond du scrotum. Ils descendent plus tôt ou plus tard par cette gaine jusque dans les bourses, en passant par l'anneau inguinal. Assez ordinairement, ils sont encore enfermés dans la cavité du ventre à sept mois, et hors de cette capacité dans le courant du neuvième ou au moment de la naissance. Alors toute communication cesse entre la cavité du ventre et celle des bourses. La gaine membraneuse qui aboutissoit à ces deux cavités se retrécit, se ferme et s'oblitère vers l'anneau, lorsque les testicules sont descendus. Si ce ressèrement ne se fait pas dans le temps convenable et si la gaine reste ouverte, il en résulte une hernie qu'on appelle de naissance ou hernie congénitale, *hernia congenita*, dans laquelle le testicule et une portion d'intestin sont renfermés dans la tunique vaginale qui tient lieu de sac herniaire. Tous les enfans du sexe masculin sont donc exposés dès l'instant de leur naissance à une maladie souvent incurable qui

dépend primitivement de la position des testicules dans le ventre. Dans la hernie inguinale ordinaire, le sac herniaire est formé par le péritoine poussé hors de l'anneau et contenant une portion d'intestins ou d'épiploon, ou tous les deux ensemble. Dans la hernie de naissance, la tunique vaginale du testicule fait fonction de sac herniaire et contient, outre le testicule, une portion d'intestin ou d'épiploon. Cette maladie n'est point rare, et cependant elle n'a été bien connue que dans ces derniers temps. Elle attaque les enfants de l'âge le plus tendre, et on ne la retrouve dans les adultes, que parce qu'on n'a point remédié efficacement à cet accident dès l'instant de son apparition.

Quelquefois le testicule s'arrête dans l'ouverture de l'anneau et forme extérieurement une tumeur plus ou moins grosse et douloureuse qui a été prise pour une hernie que l'on a essayé de réduire et de contenir par un bandage. On trouve dans les livres de l'art plusieurs exemples de semblables méprises. La pression constante exercée par la pelote du bandage sur le testicule, le meurtrit et le rend à la longue squirreux

et cancereux. Cet organe se tuméfiie, s'enflamme et contracte avec la circonférence de l'anneau des adhérences qui s'opposent également à sa descente dans scrotum ou à sa rentrée dans le ventre. Il est donc très-important d'examiner avec soin si les deux testicules sont contenus dans le scrotum des petits enfants qui ont une tumeur à l'aine et que l'on suppose être une hernie. S'il est bien avéré que la tumeur est produite par le testicule, non seulement il ne faut point appliquer de bandage, il faut au contraire faciliter la descente de cet organe, par l'usage du bain tiéde, par l'application des cataplasmes émollients, par des pressions légères faites de haut en bas depuis la région lombaire jusqu'au pli de l'aine, et sur-tout par l'exercice. Mai si la maladie a été méconnue pendant plusieurs années, si la pression faite par le bandage sur le testicule l'a rendu cancereux, la castration est le seul secours qu'on puisse opposer à cet accident, et ce secours n'est pas toujours efficace quand il est donné tardivement. Je me rappelle d'avoir soigné un homme âgé d'environ trente ans, fort et robuste en apparence, et qui n'avoit

qu'un testicule dans le scrotum. Le droit étoit resté dans l'ouverture de l'anneau où il formoit à l'extérieur une tumeur du volume d'une pomme, qui avoit été prise pour une hernie et sur laquelle on avoit appliqué un bandage pendant plusieurs années. Ce malade ressentoit de très-vives douleurs dans les lombes, dans le ventre et à l'anneau inguinal. La peau qui recouvroit le testicule malade, étoit saine et sans adhérence. Il fut décidé dans une consultation que l'unique moyen de remédier aux douleurs qu'éprouvoit cet homme, étoit d'ôter le testicule arrêté dans l'anneau. Après l'avoir préparé à cette opération par la diète, la saignée, les bains et un purgatif, je fis pincer la peau qui couvroit la tumeur, et je l'incisai dans l'étendue d'environ trois pouces : la tunique vaginale ouverte, il s'écoula une cuillerée d'eau assez limpide. Le cordon spermatique étoit sain en apparence, mais fort court, le testicule étoit adhérent à toute la circonférence de l'anneau. Après l'avoir détaché et avoir fait une ligature peu serrée au cordon spermatique, j'examinai cet organe qui étoit cancereux, et dans le centre

duquel je trouvai plein une cuiller à café d'une liqueur fétide et ſchoreuse. La ligature faite au cordon spermatique, étoit si peu serrée, qu'elle tomba d'elle-même le troisème jour. Les douleurs se calmèrent et le malade sembloit devoir guérir sans difficulté. Mais environ huit jours après son opération, il fut pris d'une forte fièvre, eut de l'altération et des envies de vomir. Je lui fis donner un vomitif qui fit rendre une très-grande quantité de bile par la bouche et par l'anus. La fièvre continua, la plaie devint pâle, livide, la supuration abondante, et le malade fut pris d'une diarrhée bilieuse qu'aucun remède ne put modérer. Il mourut quinze jours après avoir été opéré. A l'ouverture du cadavre, je trouvai l'estomac et les intestins dans la plus parfaite intégrité, ils étoient très-blancs et ne contenoient pas la plus petite quantité d'humeur bilieuse. Toutes les glandes lymphatiques du bassin, des lombes du côté droit et celles du mésantère étoient squirreuses, grosses comme des noix et la plupart d'entr'elles étoient en supuration. Le pancréas étoit squirreux et très-volumineux. Il y avoit sur le cordon spermatique, environ

environ deux pouces au-dessus de l'anneau une glande grosse comme un petit œuf et contenant un fluide séreux. Ainsi une contusion exercée pendant plusieurs années par un bandage inguinal sur le testicule d'un homme robuste et sain, a produit un cancer dans cet organe, et l'absorbtion du virus a rendu ensuite l'opération infructueuse.

On reconnoit qu'une hernie est congénitale, par l'époque de sa formation et en s'assurant par le toucher de la situation du testicule. Dans les hernies ordinaires, cet organe est toujours à la partie postérieure et inférieure de la tumeur, tandis que dans celles qui sont de naissance, il occupe le centre de la tumeur et ne peut pas être senti bien distinctement, pour peu qu'elle soit volumineuse. Du reste, le traitement d'une hernie congénitale étranglée ou non étranglée, ne diffère point essentiellement du traitement des autres hernies. Si la réduction est possible, il faut la faire et maintenir par un bandage les parties réduites : la cure radicale s'opère alors très-promptement, sur-tout dans les enfants. Quelquefois une portion d'intestin

ou d'épiploon s'introduit jusque dans la tunique vaginale, quoique le testicule soit encore arrêté dans son passage près l'anneau. Dans ce cas, l'application d'un bandage seroit nuisible : on ne doit l'appliquer qu'après la descente complette du testicule dans le scrotum, et après la réduction des parties, en supposant qu'elle soit possible et qu'il n'y ait pas d'adhérence de l'épiploon avec le testicule ou avec la tunique vaginale, qui s'y oppose, comme cela arrive très-ordinairement, ce qui rend alors la hernie incurable et nécessite l'usage habituel d'un suspensoir pour en borner les progrès. Aussi est-il vrai de dire que quand on opère une hernie congénitale étranglée, on doit s'attendre à trouver des adhérences plus ou moins multipliées et un ressèrement de la tunique vaginale sur les parties déplacées, ce qui rend l'opération longue et difficile. Elle se fait comme dans les autres hernies. La tunique vaginale étant incisée, le testicule est à découvert. Il convient de le recouvrir de charpie sèche pendant la cure : la tunique albuginée s'exfolie très superficiellement, et il reste, après la guérison, une adhérence indes-

tructible du testicule avec la tunique vaginale.

On a dit dans ces derniers temps, que les enfans du sexe féminin étoient exposés à avoir une hernie inguinale de naissance, que Nuck avoit découvert un canal membraneux qui sortoit par l'anneau avec le ligament rond, qu'à la vérité l'usage de ce canal fermé par le péritoine étoit inconnu, mais qu'il étoit permis de soupçonner qu'il y a chez la femme, relativement au passage des ligamens ronds par l'anneau, quelque chose d'analogue à la descente du testicule dans l'homme. L'existence de ce canal membraneux décrit par Nuck dans son Adenographie, p. 155, et représenté fig. 39 et 40, n'est point encore démontré. Depuis un siècle ce canal n'a été vu par aucun anatomiste, malgré les recherches les plus exactes, et à cet égard, il n'y a rien de certain, rien d'assuré. Une femme est accouchée il y a quelques années d'un fœtus à terme qui étoit mort et qui avoit une petite tumeur à l'aine. La dissection m'a fait voir, ainsi qu'à plusieurs personnes de la profession, que cette tumeur étoit formée par l'ovaire engagé dans l'anneau

du côté droit. Ce qu'a dit Nuck, j'ai cru néanmoins devoir le rapporter.

Pott cite l'exemple d'une fille de vingt-trois ans qui avoit à chaque aine une tumeur molle, sans inflammation, inégale, mobile et formée par la sortie de l'ovaire à travers l'anneau inguinal. La peau étant incisée, on vit un sac membraneux qui contenoit l'ovaire. On y fit une ligature près l'anneau et on le coupa. Cette fille a toujours joui depuis d'une bonne santé, mais elle est devenue maigre, son sein s'est affaissé, et depuis cette opération les évacuations menstruelles n'ont point reparu.

CHAPITRE VIII.

De la Hernie Epiploïque.

LES adultes et ceux qui ont beaucoup d'embonpoint sont plus fréquemment attaqués de cette hernie que les enfants et les personnes maigres. Elle se forme plus ordinairement du côté gauche que du côté droit, et rarement des deux côtés à la fois. Tantôt l'épiploon forme seul la tumeur herniaire, et tantôt elle est produite par

l'épiploon et par l'intestin. Lorsque l'épiploon forme seule la hernie, tous les auteurs disent qu'elle est molle, inégale, pâteuse, indolente, qu'elle prend peu de volume quand on fait effort et qu'on retient sa respiration. Il ne faut pas conclure de cette observation générale qu'il soit toujours facile de reconnoître à ces signes une hernie de l'épiploon : le contraire se vérifie souvent dans la pratique. Cette membrane graisseuse déplacée et retenue dans un sac herniaire change de forme, s'altère par la gêne, par la pression qu'elle éprouve, se tuméfie, s'enflamme, se désorganise peu-à-peu et la tumeur qui en résulte, prend différents aspects qui contribuent à faire méconnoître la maladie principale.

Le volume d'une hernie épiploïque est quelquefois très considérable. Plusieurs auteurs assurent en avoir vu du poids de quatre à cinq livres, quoique dans l'état naturel l'épiploon ne pese pas plus d'une livre, ou d'une demi livre. Arnaud rapporte dans ses mémoires, que vers l'année 1718 un chirurgien de Paris fit à un homme très gras l'opération de la hernie ombilicale et

retrancha une partie d'épiploon qui pesoit huit livres trois onces.

Cette membrane en s'échappant par l'anneau inguinal et se prolongeant jusque dans la partie moyenne et inférieure du scrotum, se replie quelquefois sur elle même, forme un corps dur et globuleux, qui a été pris pour un troisième testicule. Morgagni (1) en cite un exemple. Un homme âgé de trente ans mourut des suites d'une plaie de tete. On croyoit qu'il avoit trois testicules, deux du côté gauche, et un du côté droit. Après sa mort, on incisa le scrotum, et ce qui avoit l'apparence d'un double testicule du côté gauche étoit une portion d'épiploon contenue dans un sac herniaire.

On a encore observé que les épiplocèles s'annoncent principalement dans les petits enfants, sous la forme d'une tumeur aqueuse du scrotum. L'illusion dépend alors de la légéreté de la tumeur, de la ténuité et pour ainsi dire de la transparence de la peau et des membranes, soit que l'épiploon toujours

---

(1) *De sedib. et caus. morbor. epistol.* 43. n°. 2.

très mince à cet âge, soit contenu dans la tunique vaginale du testicule, comme dans la hernie de naissance, soit qu'il soit renfermé dans un sac herniaire formé par le péritoine : Une hernie épiploïque peut encore se manifester sous la forme d'un hydro-sarcocele. Je n'en citerai qu'un exemple : ce cas n'étant pas fort rare.

Un homme âgé de soixante-six ans portoit depuis environ dix ans du côté gauche du scrotum, une hernie épiploïque qui n'avoit jamais été complètement réduite, ni contenue par un bandage. La tumeur étoit plus grosse que le poing d'un adulte et d'une forme ovale, le cordon spermatique paroissoit dur et squirreux ; la couleur naturelle de la peau n'étoit point changée et ce malade n'éprouvoit aucun des accidens de l'étranglement. On sentoit distinctement de la fluctuation à la partie inférieure de la tumeur, tandis que sa partie supérieure immédiatement au-dessous de l'anneau étoit très dure. Quelques unes des personnes consultées sur ce cas, pensèrent que la maladie étoit un hydro-sarcocele et conseillèrent la castration que d'autres ne jugèrent point praticable à cause de la tumé-

faction et de l'induration du cordon. Il y en eut qui présumerent que c'étoit un hydrocele compliqué de hernie. On fit une ponction, à la partie antérieure et inférieure du scrotum et l'on évacua par la canule du troicart environ cinq à six onces d'un fluide sanguinolent et puriforme. La ponction faite, on put sentir distinctement le testicule qui ne paroissoit point tuméfié et qui étoit situé à la partie postérieure et inférieure de la tumeur. Quelques jours après qu'on eut fait la ponction, la tumeur se remplit de nouveau et l'on jugea convenable de l'inciser dans toute sa longueur. Cette incision faite, on reconnut que la maladie consistoit en une hernie épiploïque enfermée dans un sac herniaire formé par le peritoine. Cette masse épiploïque étoit très dure vers l'anneau : inférieurement elle étoit tombée en fonte putride. Elle recouvroit le cordon spermatique auquel elle étoit adhérente. On retrancha avec le bistouri la plus grande partie de cette masse dure et désorganisée qui depuis long-temps n'étoit plus susceptible de réduction. La tunique vaginale ne fut point ouverte. Huit à dix jours après l'opération, la plaie

se gangrenna, le malade eut la respiration gênée, il s'affoiblit peu à peu et mourut. Je trouvai dans la cavité droite de la poitrine deux pintes d'eau, et cependant les extrémités inférieures n'étoient point œdémateuses. Tous les viscères du bas ventre étoient sains. Le cordon spermatique n'étoit ni dur, ni squirreux. L'épiploon étoit très peu adhérent à la face interne de l'anneau. Le testicule et la tunique vaginale étoient dans la plus parfaite intégrité.

Il est donc possible de prendre pour un hydrocelle, ou pour un hydro-sarcocele une ancienne hernie épiploïque à moitié putréfiée. Mais dans ce cas là même où la fluctuation est plus ou moins sensible et ajoute encore à l'illusion, on évitera de se tromper en s'informant de l'origine de la maladie et de ses progrès, en touchant attentivement le scrotum, afin de sentir le testicule qui n'est ni dur, ni tuméfié et qui est toujours visiblement situé à la partie postérieure et un peu inférieure de la tumeur, tandis que dans l'hydrocele un peu volumineux il est absolument impossible de sentir cet organe.

L'expérience a encore appris qu'il se

forme quelquefois dans la portion d'épiploon qui est déplacée des hydatides plus ou volumineuses qui donnent à la tumeur herniaire l'apparence d'un hydrocele du cordon spermatique, ou d'un hydrocele de la tunique vaginale du testicule. Arnaud en a fait la remarque et il ajoute que si l'on faisoit la ponction en pareil cas, on évacueroit une certaine quantité de fluide. On lit en effet dans le troisième volume des mémoires de l'accadémie de chirurgie, page 404, qu'un jeune homme de vingt ans avoit une tumeur qui se présentoit sous la forme d'un hydrocele. Un chirurgien de Montpellier voulut en opérer la cure radicale. L'incision faite, il reconnut que l'épiploon rempli d'hydatides formoit la maladie: Un chirurgien très-expérimenté, dit Warner, trompé par la transparence et par légèreté d'une tumeur du scrotum, dans un enfant, la prit pour un hydrocele et y plongea le troicart pour en évacuer l'eau: Mais il ne sortit qu'une petite portion d'épiploon. Ce chirurgien reconnut alors son erreur, ouvrit le sac herniaire, coupa l'épiploon et le malade guérit sans éprouver aucun accident.

Les praticiens conviennent qu'il est souvent difficile de distinguer une petite hernie épiploïque d'un varicocele. « Quand « il y a dans le scrotum une masse « noueuse, oblongue d'épiploon tortillé et « replié sur lui-même, il semble qu'on « touche le cordon spermatique dont les « vaisseaux distendus forment un engor- « gement variqueux. Il faut une grande « attention et y revenir à différentes fois « pour reconnoître que le cordon sperma- « tique est sain et qu'il est recouvert d'une « portion épiploïque dont l'engorgement « a toutes les apparences d'un varicocéle. « Souvent on n'a pour signe caractéris- « tique de l'existence de l'épiplocele que « les variations assez subites que produit « l'impression du chaud et du froid sur la « tumeur et dont le varicocele n'est pas « aussi susceptible. La chaleur et l'humi- « dité font acquérir plus promptement à « la tumeur un volume plus considérable, « et le froid la réduit sensiblement à un « volume audessous de celui que prendroit « une dilatation variqueuse du plexus pam- « piniforme. Si l'on met le malade dans « une situation favorable à la réduction,

« la tumeur simplement variqueuse ne « change pas de forme, et l'on sent or- « dinairement de la diminution dans le « volume de la hernie : de plus, quand « le malade tousse, ou qu'il se mouche, on « sent l'impulsion plus forte des parties « intérieures; et ce dernier signe bien jugé « est communément décisif (1). Ce même signe peut encore servir utilement à dissiper l'illusion que présente l'épiploon échappé par dessous l'arcade crurale et formant au pli de l'aine une tumeur dure, inégale, plus ou moins douloureuse et semblable à un bubon vénérien, ou à l'engorgement inflammatoire des grandes inguinales. Dans ce cas équivoque, on doit s'informer de tout ce qui a précédé la maladie, toucher attentivement l'arcade crurale qui n'est pas libre, demander au malade s'il a des coliques, des nausées et se ressouvenir qu'une hernie épiploïque est beaucoup plus mobile qu'un bubon vénérien.

Toutes ces réflexions qui ont pour base des faits multipliés prouvent donc que

(1) Mémoires de l'Academ. de Chirurgie, tom. 5, pag. 644.

le diagnostic des hernies épiploïques est souvent difficile à saisir : et il le devient encore davantage lorsque la hernie est réellement compliquée d'hydrocele, ou d'hydrosarcocelle. Elle est en général accompagnée de moins de danger que la hernie intestinale. Quand ont néglige de la réduire, l'anneau reste dilaté et une portion d'intestin s'échappe aisément par son ouverture. Aussi remarque t on que presque toutes les hernies épiploïques sont compliquées tôt ou tard de hernie intestinale : et les praticiens savent qu'en pareil cas l'intestin est presque toujours situé dessous l'épiploon derrière lequel il s'est glissé. Quand cette membrane est hors du ventre et fait une tumeur soit à l'aine, soit au nombril, il en résulte, à raison de ses connexions avec l'estomac et l'arc du colon, des nausées, des coliques, des tiraillements, la perte de l'appétit, de mauvaises digestions, des flatuosités, la foiblesse et la maigreur. Ces accidents se renouvellent plutôt après le repas qu'à jeun, et plutôt encore lorsque le malade est debout ou renversé en arrière, que quand il s'incline en devant. On a même observé qu'une hernie épiploïque

récente incommode davantage que celle qui est ancienne. Peut-être l'épiploon s'alonge-t-il peu à peu, ce qui diminue le tiraillement de l'estomac ou de l'arc du colon ?

Dans cette hernie comme dans toutes les autres l'indication curative consiste à réduire le plutôt possible la partie déplacée et à la maintenir dans son lieu naturel par un bandage. La réduction est facile quand la tumeur est recente, molle et peu volumineuse : elle est difficile à exécuter et même impossible quand elle est très ancienne, soit à cause des adhérences que l'épiploon a contractées avec l'anneau, avec le sac herniaire, soit parce qu'il a perdu sa molesse, qu'il est tuméfié, dur et squirreux. En pareil cas il se désorganise peu-à peu et tombe ensuite en fonte putride, d'où résulte un abcès qu'il faut ouvrir.

La tumeur est quelquefois dure, volumineuse, un peu douloureuse, sans être étranglée, et on ne peut absolument en faire à l'instant même la réduction. On doit alors faire garder le lit au malade, lui tenir le ventre libre par des lavements, le mettre à la diète, le saigner afin qu'il

perde un peu de son embonpoint, appliquer sur la tumeur des cataplasmes émollients pour en diminuer la dureté et ensuite des médicaments résolutifs et un peu stimulants. La réduction se fait alors en maniant doucement et longtemps la tumeur, où elle se fait peu-à-peu et d'elle-même par le repos, par la situation, dans un espace de temps plus ou moins court. Quand la hernie épiploïque est étranglée, le malade a des nausées, des hoquets, un tiraillement au creux de l'estomac, il survient de la fièvre, la tumeur est douloureuse, le ventre se tuméfie, la constipation est plus ou moins opiniâtre selon qu'une petite portion d'intestin est ou n'est pas comprise dans la tumeur. Si l'on ne remédie pas promptement à ces divers accidents, l'inflammation s'étend et se communique dans l'intérieur du ventre au colon, à l'estomac et à tout le reste de l'épiploon qui se gangrène promptement. La tumeur herniaire a l'apparence d'un abcès gangreneux et en l'ouvrant l'on trouve l'épiploon putréfié. Il est donc absolument nécessaire de ne pas attendre que ces derniers accidents se manifestent pour remédier à l'étranglement par l'incision

de l'anneau ou de l'arcade crurale et par la réduction de l'épiploon plus ou moins rouge et enflammé. Les tégument et le sac herniaire incisés, la conduite à tenir dans le reste de l'opération doit nécessairement varier relativement à l'état où se trouve l'épiploon. S'il est enflammé, il a contracté des adhérences qui s'opposent à la réduction, et lorsque l'inflammation est considérable,, elle ne se dissipe pas toujours quand même il auroit été possible de remettre l'épiploon dans son lieu naturel. Cette inflammation se propage dans l'intérieur du ventre et se termine par gangrene, ou par suppuration. Ce cas est souvent mortel, et le pus qui s'écoule par l'anneau, ou par l'arcade crurale n'a pas toujours par cette ouverture une issue très libre. Si l'épiploon est dur, squirreux, ou gangréné, il ne faut point le réduire, mais il ne faut pas non plus retrancher avec les ciseaux, ou avec le bistouri la portion viciée dans la partie saine. L'hémorragie qui résulte de cette rescission est quelque fois considérable, soit que les vaisseaux de cette membrane graisseuse soient variqueux soit qu'il ne le soient point. Il n'est pas toujours

toujours possible d'arrêter le sang en touchant ces vaisseaux avec un peu de charpie trempée dans l'esprit de vin, ou dans de l'huile de térébenthine. En les liant séparément, sans comprendre une grande portion d'épiploon dans chaque ligature, on arrête, il est vrai, l'hémorrhagie, mais l'épiploon s'enflamme, s'épaissit et supure au dessus de ces ligatures multipliées, ce qui cause nécessairement des accidents très graves. Il est donc préférable à tous égards de laisser hors du ventre la portion viciée de l'épiploon qui supure et se flétrit peu-à-peu et que l'on coupe ensuite sans inconvénient. Il seroit contraire à toutes les regles de l'art de lier avec un fil ciré l'épiploon dans sa partie saine, afin de la séparer de celle qui ne l'est pas et afin de s'opposer à l'hémorrhagie. Ce seroit ajouter une nouvelle cause d'étranglement à celle que l'on vient de détruire par le débridement de l'anneau et exposer le malade à perdre la vie par l'inflammation et la supuration qui s'étendroient dans le ventre. Aussi tous les praticiens savent-ils qu'une ligature faite à l'épiploon dans sa partie saine est toujours nuisible. Cette vérité est aujourd'hui si so-

lidement établie par des faits multipliés qu'il est inutile d'insister sur ce point de doctrine.

CHAPITRE IX.

De la Hernie Ombilicale.

Cette hernie que les grecs ont nommée exomphale est formée par une portion d'intestin ou d'épiploon échappée hors du ventre par le nombril, ou prés de sa circonférence. Les enfants de l'âge le plus tendre en sont souvent incommodés. Elle se fait toujours chez eux par le centre même du nombril, tandis que dans les adultes c'est presque toujours à côté du nombril que les parties s'échappent au-dehors. Cette hernie est de deux espèces dans les enfants nouveaux-nés. La première et la plus commune se manifeste quelques jours ou quelques semaines après la naissance, et elle est produite comme toutes les autres hernies, par les cris, par les efforts, par les douleurs de colique, par la toux opiniâtre et par-tout ce qui contribue à dilater l'anneau ombilical naturellement foible. La seconde

espèce de hernie est le produit d'un vice de conformation que l'enfant apporte en naissant.

On sait que le cordon ombilical, indépendamment des vaisseaux sanguins qui entrent dans sa composition, est formé d'une substance grisâtre, épaisse, élastique, qui sert comme de gaine ou d'enveloppe à une autre substance intérieure qui est cellulaire et spongieuse. Cette gaine blanchâtre est, de l'aveu des anatomistes, formée par le prolongement du chorion et de l'amnios, et non point par le péritoine qui est imperforé dans l'endroit du bas ventre où passe le cordon. Dans ce lieu même, la peau est trouée et elle s'avance sur le cordon ombilical qu'elle recouvre de l'étendue de sept à huit lignes. Le cordon se détache toujours dans l'endroit où la peau, qui le recouvre, se termine en s'amincissant, soit qu'il ait été lié et coupé à deux, à trois ou quatre pouces de distance du bas-ventre. Le nombril n'est donc qu'une cicatrice formée par la rétraction intérieure de la peau, rétraction qui se fait naturellement après la chûte du cordon. Cette cicatrice est plus ou moins enfoncée, plus ou moins large, selon que

la peau fine et mince qui recouvroit le cordon étoit plus ou moins longue, et selon que la rétraction de cette même peau, vers l'intérieur du ventre, étoit plus ou moins forte. Le cordon ombilical tombe ordinairement le quatrième ou le cinquième jour de la naissance, quelquefois plus tard, et le huitième la cicatrice des téguments est faite; mais elle est encore foible, et il est nécessaire, pour éviter qu'il ne se fasse une hernie, d'appliquer pendant quelque temps sur le nombril une compresse que l'on maintiendra par quelques tours de bande. Cette précaution est sur-tout indispensable, quand la cicatrice se fait lentement et difficilement.

S'il est ordinaire de voir la hernie du nombril se manifester par des causes connues peu de temps après que l'enfant est né, il est beaucoup plus rare de voir des enfans naître avec une hernie ombilicale qui existoit déjà lorsqu'ils étoient encore renfermés dans l'utérus. On ne peut dans ce dernier cas accuser ni les efforts de l'enfant, ni l'action simultanée du diaphragme et des muscles du bas-ventre, puisque le fœtus ne respire point dans la

matrice. On a observé que quelques uns de ces enfants venoient au monde avec les intestins hors du ventre, recouverts seulement par le péritoine et par l'enveloppe membraneuse et blanchâtre du cordon ombilical, ces membranes tenant lieu de peau et de muscles dans une étendue plus ou moins considérable. En un mot, on a vu le bas-ventre n'avoir ni peau, ni muscles depuis le cartilage xiphoïde jusqu'au pubis, et depuis la région lombaire droite jusqu'à la région lombaire gauche. On conçoit qu'un pareil vice de conformation est nécessairement mortel : il suffit d'en rapporter un exemple. Une femme accoucha au terme ordinaire de la grossesse d'une fille qui ne vécut que quatorze heures, et qui avoit une hernie ombilicale monstrueuse produite par le foye, la rate, l'estomac et tous les intestins. C'étoit une véritable éventration formant une tumeur de neuf à dix pouces de diamètre dans sa plus grande étendue, et seulement d'environ quinze lignes à son pédicule où à sa naissance dans la région ombilicale. La poche membraneuse qui contenoit tous ces viscères étoit blanchâtre, opaque et composée de deux

lames très distinctes formées par le péritoine et par l'expansion membraneuse du cordon ombilical, selon Mery, auteur de cette observation. Les vaisseaux ombilicaux se ramificient dans l'épaisseur de cette poche qui tenoit lieu de sac herniaire et de téguments (1). J'ai vu un cas semblable et qui ne diffère du précédent qu'en ce que le cordon ombilical n'avoit qu'un pouce de longueur. Une femme accoucha à terme d'un fœtus difforme qui étoit mort et qui n'avoit ni peau, ni muscles au bas-ventre. Les viscères qui faisoient une grande saillie à l'extérieur n'étoient recouverts et retenus que par une membrane rougeâtre, à demie transparente, composée de deux lames unies ensemble par un tissu cellulaire très-serré. Vers le milieu de cette enveloppe membraneuse, étoit un bouton ou tubercule mamelonné gros comme le bout du petit doigt, attaché d'une part au placenta et de l'autre à la région ombilicale du fœtus. C'étoit le cordon ombilical lui-même.

Ce vice de conformation, cette défec-

(1) Mémoires de l'Acad. des Sciences. ann. 1716.

tuosité totale des téguments communs et propres du bas-ventre, n'est pas toujours aussi considérable. Il n'y a quelquefois qu'une petite portion circulaire des muscles et des téguments qui manque dans la région ombilicale. Quelquefois aussi, les muscles et les téguments sont dans leur intégrité. Dans l'un et dans l'autre cas, l'intestin qui forme la hernie est contenu dans une poche plus ou moins épaisse formée par le péritoine et par la partie membraneuse du cordon ombilical élargi dans l'endroit de son implantation au nombril. Cette hernie de naissance est douloureuse, ordinairement irréductible et très susceptible d'étranglement et de gangrene. Quand on essaye de la réduire, on excite la sensibilité de l'enfant qui est bientôt attaqué de nausées et de vomissements. Il périt peu de jours après sa naissance, épuisé par les douleurs de colique et par l'inanition, rejettant à chaque instant le lait qu'il avale et ne rendant aucun excrément par l'anus. Quelquefois la poche membraneuse qui fait fonction de téguments et de sac herniaire, se crève et les intestins sortent au-dehors exposés au contact de l'air. Plusieurs ob-

servations confirment ce qui vient d'être dit : et il est très-rare de voir un enfant survivre plus de quinze jours à cet état contre-nature. J'aurois même pensé que ce cas étoit nécessairement mortel, si je n'eusse trouvé une seule preuve du contraire dans le recueil des observations de Panaroli (1). Cet auteur dit qu'une femme accoucha d'un enfant si mal conformé qu'il sembloit ne pouvoir vivre plus de trois jours. La région ombilicale étoit comme dépourvue de peau et de muscles. On y voyoit une large ouverture ronde qui donnoit issue aux intestins recouverts seulement par le péritoine. Ce fut d'abord en vain qu'on essaya de réduire cette hernie : l'enfant fut pris aussi-tôt de syncopes qui firent craindre pour sa vie, et d'ailleurs on appréhendoit que le péritoine ne se gangrenât. Pour ne pas laisser cette membrane exposée aux injures de l'air et pour tenter quelque chose en faveur de cet enfant, on appliqua sur sa hernie la coëffe ou l'épiploon chaud d'un animal récemment tué. Peu de jours après,

(1) *Dominic. Panaroli Jatrologism. pentecost.* 2 *obs.* 11.

une membrane épaisse et putride se détacha. L'escarre tombée, on apperçut la véritable peau qui avoit l'aspect d'une substance charnue. La santé de cet enfant se rétablit ensuite parfaitement.

Il est bien démontré, d'après tout ce qui vient d'être dit, que cet enfant avoit une hernie ombilicale de naissance contenue dans la portion membraneuse et évasée du cordon. Mais la perte de substance des tégumens n'existoit point, elle n'étoit qu'illusoire. La rétraction de la peau, vers l'intérieur du ventre, s'est faite selon le vœu de la nature après la chûte du cordon. Les parties se sont rapprochées et le cercle ombilical s'est retréci à mesure que la cicatrice se formoit : la guérison a dû s'en suivre naturellement. Cette observation est précieuse, en ce qu'elle prouve que la hernie ombilicale de naissance est dans certains cas susceptible de guérison, et cela doit arriver quand elle n'est pas trop volumineuse, et quand il n'y a pas réellement perte de substance des tégumens. Quoique cette espèce de hernie soit susceptible d'étranglement, il n'y a cependant point d'opération à faire pour y remédier et pour

replacer ensuite les parties déplacées. L'incision des membranes plus ou moins épaisses qui recouvrent la tumeur, en augmenteroit le volume en facilitant l'issue d'une plus grande portion d'intestins qui, exposés au contact de l'air, seroient très-promptement attaqués de gangrenne. Aussi les opérations qu'on a faites dans l'intention de procurer la réduction des parties, n'ont-elles servi qu'à hâter la mort des malades, comme le prouve l'observation suivante.

Un enfant vint au monde avec une hernie ombilicale du volume d'une noix. Dans l'espace de trente heures, cette hernie acquit le volume du poing. En la touchant et en la regardant attentivement, on vit qu'elle étoit formée par une grande partie du canal intestinal recouvert d'une membrane épaisse et comme charnue. Une partie de cette tumeur fut bientôt attaquée de gangrenne. Le desir très-louable de conserver la vie de cet enfant, fit croire qu'il seroit utile d'inciser la membrane épaisse qui recouvroit les intestins, afin de pouvoir les réduire. Cette incision faite et le doigt porté dans la plaie, la réduction de la tumeur devint impossible. L'enfant mou-

rut quelques instants après cette opération. A l'ouverture de son cadavre, on vit que les intestins grêles formoient la hernie et qu'ils étoient gangrennés. Le lobe gauche du foye, adhéroit fortement au péritoine et concouroit aussi à former une partie de la tumeur herniaire (1).

Lorsque dans les personnes adultes, la région ombilicale a été long temps distendue et affoiblie par de fréquentes grossesses, par l'hydropisie ascite dans laquelle le nombril faisoit une saillie à l'extérieur, par un embonpoint excessif, les tégumens devenus plus minces cèdent enfin peu à peu et donnent issue à une portion plus ou moins volumineuse d'intestin ou d'épiploon. Il est rare que cette hernie se forme et s'étrangle brusquement comme la hernie inguinale et crurale : elle se fait plutôt avec lenteur et par des dégrés insensibles ; aussi est elle très petite et indolente dans son principe. C'est ordinairement l'intestin jejunum ou l'épiploon, ou tous les deux ensemble, qui forment cette hernie : et

---

(1) *Friderici Lossii, observat. medicin. lib. 3. obs. 59. p. 240.*

les parties déplacées sont toujours contenues dans un sac herniaire formé par le péritoine. Ce sac existe dans son intégrité dans les enfans et dans les adultes, quelque soit le volume de la hernie et de son ancienneté. Mais il est tellement aminci et adhérent à l'aponévrose des muscles du bas-ventre dans les hernies volumineuses, qu'on a peine à le distinguer et qu'il semble même ne pas exister. Dans ce cas, la peau, l'aponévrose et le sac herniaire, ne forment pour ainsi dire qu'une seule et même enveloppe, tant ces parties ont perdu de leur épaisseur par une longue distension. Dans les hernies récentes et peu volumineuses, ces parties se distinguent beaucoup plus aisément.

La cure est radicale ou palliative. Elle est radicale dans les enfants, à l'aide d'un bandage méthodiquement construit et porté pendant un temps convenable. La hernie étant petite et très-facile à réduire, ce procédé si simple doit être d'abord employé avant que de se déterminer à faire avec un fil ciré la ligature de la peau et du sac herniaire conseillée par les auteurs les plus anciens et exécutée par quelques modernes.

Saviard (1) l'a faite avec succès sur deux enfants : il réduisit d'abord l'intestin, pinça la peau du nombril, l'éleva le plus haut qu'il pût, la fit tenir par un chirurgien qui la suspendit, appliqua ensuite très-près du ventre un fil ciré plié en quatre, et fit le nœud du chirurgien qu'il serra fortement. Deux jours après, la ligature s'étant relâchée, il en fit une seconde, et enfin une troisième plus serrée que les deux autres : il coupa l'excédent de la tumeur deux lignes au dessous des ligatures qui tombèrent le douzième jour. Le quarantième, la plaie fut parfaitement cicatrisée, et depuis ce temps ces deux enfans se sont toujours bien portés, sans ressentir aucune douleur de colique.

Cette opération est très-facile à pratiquer. La peau forme une espèce de prolongement en manière d'appendice digitale qu'il est utile de retrancher pour obtenir une guérison parfaite. La ligature de ce prolongement de la peau dans les enfants de l'âge le plus tendre, n'est pas très-doulou-reuse : elle s'oppose à l'apparition de la

---

(1) *Observat. 9. p. 45.*

hernie par la résistence et la dûreté de la cicatrice qui en résulte, par l'adhérence des parties entr'elles et par l'oblitération du sac herniaire, et parce que cet excédent de peau n'est plus refoulée dans l'ouverture ombilicale pour la dilater.

Quand la hernie ombilicale est peu volumineuse et réductible, on la contient à l'aide d'un bandage élastique dont la pelote doit être un peu convexe, afin qu'elle exerce une pression très-exacte sur le centre et la circonférence du nombril. Le bandage de Suret (1) qui a un ressort caché dans la pelote, est celui dont on a coutume de se servir. Au moyen de ce ressort, la ceinture qui fait le tour du corps s'allonge et se raccourcit en suivant les mouvements alternatifs de la respiration, elle est presque toujours serrée au même dégré, quelque soit le volume du ventre, soit avant, soit après le repas.

Quelques particuliers ont pensé qu'il seroit utile que le milieu ou la partie saillante de cette pelote, fut disposée de manière à produire l'effet d'une cheville, d'un

(1) Mém. de l'Acad. de Chirurgie, tom. 2. p. 356.

bouchon qui s'enfonceroit dans l'anneau ombilical, afin de mieux contenir les parties réduites, et ils ont sérieusement proposé de se servir de la moitié d'une balle de plomb, d'une noix muscade d'un corps dur, ayant la forme d'un champignon : mais pour peu qu'on en fasse l'expérience, on verra que cette méchanique contribue plutôt à dilater et à aggrandir l'anneau qu'à le retrécir. Il est bien reconnu que les bandages dont on s'est servi jusqu'à présent pour la hernie ombilicale, sont sujets à se déranger dans les différents mouvements du corps, parce qu'ils n'ont pas un point d'appui bien solide, sur tout quand le ventre est déformé par un embonpoint considérable : aussi quelques malades sont-ils obligés de se servir de sous-cuisses et de bretelles, ou de faire ajouter à la partie antérieure du bandage une large pièce de chamois pour soutenir le poids du ventre. On peut même assûrer que l'on n'a point encore trouvé le bandage le plus propre à bien contenir une hernie du nombril. Quand elle est adhérente et irréductible, on doit, pour s'opposer à son accroissement ultérieur, se servir d'un bandage à pelote creuse.

Cette hernie est susceptible d'être étranglée soit par inflammation, soit par engoûment des matières. Le ventre se tuméfie et devient douloureux, la constipation, les nausées et les vomissements surviennent. On remédie quelquefois à ces accidents par la diète, par la saignée, par les lavements, par l'application des cataplasmes émollients sur la tumeur et en faisant garder au malade une situation telle que les muscles du bas-ventre soient dans le plus grand relâchement, afin de pouvoir réduire les parties. Lorsque l'étranglement survient à une hernie ombilicale très-volumineuse et compliquée d'anciennes adhérences, il est ordinairement mortel, la gangrenne s'empare promptement de la tumeur et le malade périt dans un espace de temps fort court. J'ai vu plusieurs cas de cette espèce, et je me rappelle sur-tout d'avoir donné des soins à une femme d'un embonpoint considérable qui portoit depuis une vingtaine d'années une tumeur herniaire du volume de la tête d'un adulte, qui occupoit toute la région ombilicale. Cette femme, mère de plusieurs enfants, étoit habituellement tourmentée de coliques, de diarrhées, de maux d'estomac.

tomac. Elle soutenoit sa tumeur qui depuis long-temps n'étoit point réductible avec un large suspensoir de peau de chamois. A la suite d'une indigestion, le ventre se tuméfia, les vomissements survinrent, la tumeur qui étoit dure, douloureuse et enflammée, se gangrena et cette femme mourut dans l'espace de trente-six heures, sans qu'il fût possible de lui procurer le plus petit soulagement. Les téguments qui recouvroient la tumeur herniaire étoient si minces, que je ne pu les inciser après la mort, sans ouvrir quelques circonvolutions de l'intestin jejunum. Ainsi l'opération par laquelle on remédie aux accidents de l'étranglement, étoit impraticable, et il auroit été absolument impossible de l'achever, si on eut osé la commencer. Cette maladie est en effet supérieure à toutes les ressources de l'art.

Lorsque l'étranglement survient à une hernie ombilicale qui n'est formée que par l'épiploon, c'est ordinairement parce que la tumeur qui est ancienne et irréductible à cause des adhérences qu'elle a contractées, a été meurtrie par un bandage mal fait ou mal appliqué. Elle se ramollit et de-

vient douloureuse, les téguments qui la recouvrent s'enflamment, il se forme une supuration putride à laquelle on ne peut pas toujours donner une issue libre par l'incision, à cause de la situation de la partie : la fièvre, les hoquets et les nausées surviennent, et lorsqu'enfin la tumeur s'est ouverte par la gangrenne ou lorsqu'on en a fait l'ouverture méthodiquement, les malades, d'abord soulagés par l'écoulement du pus, périssent ordinairement au bout de douze ou quinze jours des suites de l'inflammation et de la supuration de l'épiploon. Si un cercle inflammatoire a borné et circonscrit les progrès du mal, le malade peut guérir et il y en a quelques exemples. Il périt dans le cas contraire, et l'on trouve à l'ouverture du cadavre de longues traces d'inflammation et de supuration propagées jusqu'au colon et à l'estomac.

L'opération par laquelle on remédie à l'étranglement d'une portion du canal intestinal, consiste à inciser d'abord longitudinalement les téguments qui recouvrent la tumeur après les avoir soulevés, pour leur faire faire un pli transversal. Quand il n'est pas possible de pincer la peau à

cause de son adhérence avec le sac herniaire, cette incision doit être faite avec beaucoup de précaution, pour ne blesser ni l'intestin, ni l'épiploon. Il est quelquefois possible, après avoir fait cette première incision, de réduire l'intestin en mettant les muscles du bas-ventre dans le relâchement par la flexion de l'épine. Si ce procédé est insuffisant, on aggrandira l'anneau ombilical ou la fente aponévrotique, à travers laquelle les parties se sont échappées en faisant avec un bistouri étroit et boutonné une incision de quatre à cinq lignes obliquement du côté gauche et vers le diaphragme. Lorsque le volume de l'intestin rend ce débridement difficile, il faut inciser les téguments crucialement, afin de reconnoître le siège et la nature de l'étranglement en découvrant toute l'étendue de la maladie. Les parties étant réduites, et l'on suppose qu'elles sont saines et non adhérentes, on appliquera l'appareil qui consiste à mettre mollement de la charpie sèche dans la plaie et sous ses angles que l'on conservera pour ne pas faire inutilement une perte de substance. On mettra par-dessus la charpie quelques compresses

que l'on maintiendra avec le bandage de corps et le scapulaire. Si l'épiploon et l'intestin étoient altérés, on se conduiroit alors d'après les préceptes qui ont été donnés sur ce cas particulier.

CHAPITRE X.

De la Hernie Ventrale.

On nomme hernie ventrale celle qui se forme dans un des points de la surface du bas-ventre, excepté à l'ombilic, à l'anneau inguinal et à l'arcade crurale. Cette hernie est ordinairement molle, compressible, peu douloureuse et très-rarement susceptible d'étranglement. Elle disparoit quand on la comprime, elle reparoît quand on cesse de la comprimer, quand le malade est debout et qu'il fait effort. Elle est produite comme les autres hernies par toutes les causes qui affoiblissent subitement ou lentement les parois du bas-ventre. Telles sont l'hydropisie ascite, la grossesse, l'embonpoint excessif, les contusions, les plaies dans lesquelles les muscles et le péritoine ont été divisés. Dans ce dernier cas, et

sur-tout après l'opération césarienne, la hernie ventrale n'a point de sac herniaire; l'épiploon et l'intestin étant situés immédiatement sous la peau qui leur sert d'enveloppe. Mais ce sac existe toujours lorsque les muscles et le péritoine n'ont été que distendus et affoiblis.

Quand la hernie est située sur la ligne blanche au-dessus du nombril, le sac herniaire s'introduit ordinairement avec les parties qu'il renferme à travers une espèce de fente ou écartement accidentel de cette membrane aponévrotique, dont les fibres ont été déchirés ou séparés les uns des autres dans un effort quelconque. Cette tumeur herniaire est petite et douloureuse: elle peut causer des accidents graves si l'on n'y remédie point; et on la nomme vulgairement hernie de l'estomac, à raison de sa situation, quoiqu'elle soit peut-être toujours formée par une portion de l'épiploon ou de l'arc du colon. Le sac herniaire ne passe point par un semblable écartement, lorsque c'est la partie antérieure ou latérale du ventre qui a été successivement affoiblie jusqu'au point de perdre son élasticité et de céder à l'impulsion

des viscères. De cet affoiblissement uniforme, de cette distension de la peau, des muscles et du péritoine dans une étendue plus ou moins considérable, il en résulte une tumeur molle, peu douloureuse, très-réductible et dont la bâse est large. C'est cette hernie qu'il est possible de prendre, dans son principe, pour un abcès, lorsqu'elle est produite par une contusion, par un coup violent porté sur le ventre (1). L'erreur est d'autant plus facile, que la tumeur se manifeste ordinairement vingt ou trente jours après le coup reçu et dans l'endroit qui a été frappé, peu de temps après que la douleur, la fièvre, l'inflammation et tous les effets de la contusion commencent à se dissiper, qu'elle a une surface large avec très-peu d'élévation, et qu'en la touchant on croit réellement sentir de la fluctuation, sur-tout quand la personne est grasse. J'en ai fait quelquefois l'expérience.

---

(1) *Hernia suprà umbilicum rarissima est, infra eum atque ad latera non solum eam sæpius observavi, verum et pro abcessu habitam vidi, ideò quod locus herniæ consuetus hic non esset. Barbette, Chirurgia, cap. 7.*

Le bandage qui convient à la hernie ventrale, est à peu-près le même que celui dont on se sert pour l'exomphale. Il doit avoir une pelote assez large pour recouvrir toute la base de la hernie. Lorsque la partie antérieure du ventre très-affoiblie ne peut plus soutenir le poids des viscères et que le malade est attaqué d'une éventration ou d'une hernie de presque tous les intestins, on doit alors faire porter un bandage qui a la forme d'une fronde, ou plutôt une large ceinture à peu-près semblable à celle que Monro a décrite dans le premier volume des essais de médecine d'Edimbourg, pour comprimer le ventre des hydropiques.

CHAPITRE XI.

De la Hernie Ischiatique.

Cette hernie qui est très-rare a été décrite pour la première fois en 1750, par Papen, médecin de Gottingue, sous le nom de hernie dorsale (1). Celui de hernie

---

(1) *Haller disputation. chirurg. select. tom. 3, page 315.*

ischiatique est beaucoup plus convenable, puisque c'est par l'échancrure sacro-sciatique que la portion du canal intestinal s'échappe au-dehors, pour former une tumeur plus ou moins volumineuse à la partie postérieure et supérieure de la cuisse. Je n'ai vu cette maladie qu'une seule fois. C'étoit dans une fille qui me parut âgée d'environ trente ans. La tumeur étoit située du côté droit. Elle étoit oblongue, indolente, sans changement de couleur à la peau, du volume au moins du poing d'un adulte, et on l'avoit prise dans son principe pour un lipome, parce qu'elle étoit molle et irréductible. Lorsqu'enfin on eut reconnu que la maladie étoit une tumeur herniaire, on essaya d'en faire la réduction : mais on ne put en venir à bout qu'en faisant garder le lit à la malade pendant plus de deux mois, avec l'attention de la faire tenir toujours couchée sur le côté gauche. Cette réduction se fit par des dégrés insensibles, et en contenant avec un bandage dont la pelote étoit concave, les parties à mesure qu'on les replaçoit. Lors que la réduction fut complette, on se servit d'une pelote convexe, à laquelle étoient

attachés des courroies qui faisoient le tour du bassin.

J'ignore si la hernie ischiatique a été observée dans l'homme. Celle que Papen a décrite étoit d'un volume très-considérable, elle s'étendoit jusqu'au jarret et avoit vingt pouces de longueur. La personne qui en étoit incommodé étoit une paysane âgée de cinquante ans qui mourut subitement. En ouvrant la tumeur, on vit qu'elle étoit formée par presque tous les intestins qui, en s'échappant par l'ouverture sacro-sciatique, avoient déplacé la plupart des viscères.

CHAPITRE XII.

De la Hernie par le trou ovalaire.

On ne connoit cette hernie que par ce qu'en a dit Garengeot dans le premier volume des Mémoires de l'Académie de chirurgie, p. 709. Il assure qu'une portion d'intestin ou d'épiploon peut s'échapper par la sinuosité du trou ovalaire ou obturateur du bassin, et former peu-à peu une tumeur

qui se manifeste quelquefois sensiblement à l'extérieur. Il ajoute avoir vu à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, dans une femme, une hernie de cette espèce qui avoit cinq à six pouces de longueur. Elle commençoit à un travers de doigt de la vulve et s'étendoit presque jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Cette hernie qui étoit étranglée fut réduite par le taxis. La réduction faite, Garengeot dit avoir vu à travers la peau et le tissu graisseux, un vuide ou un enfoncement entre les deux têtes du muscle triceps. Il nous apprend que Duverney trouva dans le bassin d'une femme qu'il disséquoit, deux portions d'intestin qui avoient enfoncé le péritoine aux parties supérieures des deux trous ovalaires, et avoient formé deux tumeurs chacune de la grosseur d'un œuf, entre les têtes des muscles triceps de chaque côté. Comme ces tumeurs intestinales n'étoient pas encore assez grosses pour produire une éminence sous la graisse et la peau qui les recouvroit, on n'appercevoit aucune saillie en dehors. Cette pièce pathologique fut présentée à l'académie des sciences de Paris qui n'en a point fait mention dans ses mémoires.

Vient ensuite l'histoire très-équivoque d'une fille qui avoit une tumeur ronde et inégale à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. Cette tumeur qui ne causoit aucun accident étoit, dit-on, formée par l'intestin et par l'épiploon. L'intestin fut réduit, mais l'épiploon n'ayant pu l'être, Arnaud proposa de le couper et la malade y consentit. La peau et la graisse qui couvroit la tumeur fut incisée, on ouvrit le sac herniaire, il contenoit une portion d'épiploon de la grosseur d'une noix que l'on coupa dans l'endroit où il passoit entre les têtes du muscle triceps, on coupa ensuite une portion du sac herniaire, on enfonça le reste entre les têtes de ce muscle, on pensa la plaie et la malade fut parfaitement guérie. Enfin Garengeot termine ses observations en disant qu'un prosecteur d'anatomie de la ville de Strasbourg, lui a fait voir une pièce préparée qui comprenoit la portion du péritoine qui répond aux trous ovalaires : à l'endroit de chaque trou, le péritoine s'enfonçoit et formoit deux sacs capables de contenir chacun un gros œuf de pigeon.

Il résulte de toutes ces assertions, que s'il

est possible qu'une portion d'intestin sorte de la cavité du ventre par la sinosité du trou ovalaire, il est du moins très-vrai qu'on n'a point encore sur cette hernie tous les détails nécessaires pour en constater indubitablement l'existence. Je ne l'ai jamais vue ni sur le vivant, ni sur le cadavre; et en supposant qu'elle soit étranglée, je ne conçois pas comment on pourroit remédier à l'étranglement par l'opération. Un homme que l'on disoit avoir une hernie par le trou ovalaire, vint me consulter. Je l'examinai très-attentivement : il avoit une petite hernie située profondément près l'angle du pubis. L'embonpoint de cet homme et le peu d'élévation de la partie antérieure du bassin, faisoient illusion et rendoient le diagnostic difficile.

CHAPITRE XIII.

De la Hernie de la vessie.

Plater est celui à qui l'on doit la première observation qui ait été publiée sur la hernie de la vessie. Cet auteur (1) rap-

(1) *Felic. Plateri observat. lib.* 3. *p.* 830.

porte qu'un pêcheur de la ville de Bâle, qui depuis long-temps portoit au côté droit du scrotum une tumeur que l'on croyoit être sarcomateuse, fut attaqué subitement d'une rétention d'urine à laquelle on ne put remédier ni par l'introduction de la sonde dans la vessie, ni par les différents moyens usités en pareil cas. Le ventre se tuméfia, devint douloureux, et le malade qui ne pouvoit satisfaire malgré ses efforts le besoin très-pressant qu'il avoit de rendre ses urines, étoit dans le plus grand danger. Plater pensa que la tumeur très-volumineuse du scrotum étoit la cause de la rétention d'urine, et qu'il étoit nécessaire d'en faire la résection. Les téguments ayant été incisés, la vessie qui formoit, sans qu'on le sut, une partie de la tumeur fut ouverte et l'urine sortit aussi-tôt avec impétuosité. Le malade fut soulagé sur le champ. Le testicule qui étoit peu volumineux, mais squirreux, fut retranché, l'urine s'écoula par la plaie qui dégénéra en fistule, et le malade survécut pendant plusieurs années à cet accident.

N'est-il pas extraordinaire, ajoute cet auteur, que la vessie qui est *invariable-*

ment fixée dans le ventre, derrière les os pubis se déplace et sorte par l'anneau inguinal avec une portion d'intestin et d'épiploon pour former à l'aine une tumeur herniaire d'un volume considérable ? Car indépendamment de la schirrosité du testicule, il y avoit une hernie intestinale et épiploïque, non étranglée. Devoit-on s'attendre à trouver encore dans la tumeur la vessie très distendue par l'urine. Telles sont les réflexions de Plater.

Le second exemple de hernie de vessie a été fourni par Bartholin (1). Un homme avoit tous les symptômes et tous les accidents de la pierre dans la vessie. On ne put jamais reconnoître l'existence de ce corps étranger ni par l'introduction de la sonde, ni par celle d'une bougie. Après la mort du malade on vit qu'une portion de la vessie dans laquelle étoit contenue une pierre remplissoit un des côtés du scrotum. Les intestins greles formoient du côté opposé une hernie très volumineuse.

Ruysch (2) et Mery (3) ont ensuite ob-

(1) *Histor. anatom. rar. centur. 4. obs. 28.*

(2) *Observat. anat. chirurg. obs. 98.*

(3) Mémoires de l'Acad. des Sciences, ann. 1713.

servé que le signe distinctif de la hernie de la vessie consiste en ce que ceux qui sont attaqués de cette maladie éprouvent une difficulté plus ou moins grande à rendre leurs urines, ce qu'ils ne peuvent faire qu'en comprimant avec la main le scrotum tuméfié par la présence de la vessie : la tumeur est plus ou moins considérable et toujours avec fluctuation. Quand on la comprime, elle disparoît, surtout si le malade est situé horizontalement et l'urine sort en même temps par l'urethre. Tantôt elle est compliquée d'une hernie intestinale, ou épiploïque, et tantôt la vessie forme seule la tumeur herniaire. Lorsque la hernie de vessie est ancienne et qu'elle se prolonge jusque dans le scrotum, elle contracte des adhérences avec les membranes de cette partie, ce qui s'oppose à la réduction de la tumeur. Lorsqu'elle est récente, peu volumineuse et bornée à la circonférence de l'anneau, elle est indolente, réductible, paroît ou disparoît selon que la vessie est vuide ou pleine, et dans ce cas les malades trouvent leur guérison dans l'application d'un bandage élastique, inguinal, semblable à celui dont on se sert pour contenir une hernie

de l'intestin, ou de l'épiploon. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque la hernie de vessie ne peut être réduite, à raison de ses adhérences et de son ancienneté, ou par ce qu'elle contient une pierre, les malades ne doivent point porter un bandage compressif, mais seulement un suspensoir. On présume que cette hernie qui se fait par l'anneau inguinal et très rarement par l'arcade crurale est produite dans les hommes par de fréquentes rétentions d'urine et dans les femmes par la grossesse. Elle est susceptible d'étranglement, ainsi que le prouve l'observation de Plater. Alors les symptômes de la rétention d'urine se manifestent. Le malade a des douleurs vives, des hoquets et une impossibilité d'uriner. On remédie quelquefois à ces accidents en comprimant avec la main la tumeur pour la vuider, en introduisant une sonde dans la vessie, en saignant le malade, en faisant sur le ventre des fomentations émollientes. Mais si ces secours sont insuffisants, si la portion de vessie qui a passé par l'anneau est pleine d'urine et étranglée, la communication entre les deux poches urinaires étant absolument interrompue, on doit

alors

alors percer avec le troicart la tumeur, afin de vuider l'urine qui y est retenue. On assure que Morand a fait une fois cette ponction avec succès (1). La ponction faite et l'urine évacuée, on laissera dans la vessie pendant plusieurs jours une sonde de gomme élastique afin de guérir la piqûre qui a été faite, en rendant à l'urine son cours naturel. S'il y avoit dans la portion de la vessie étranglée par l'anneau une ou plusieurs pierres, on en feroit l'extraction en incisant cette portion de la vessie. Il seroit assurément beaucoup plus avantageux pour le malade et beaucoup plus facile pour le chirurgien d'extraire la pierre en faisant une incision à la portion de vessie passée par l'anneau, que de faire l'opération de la taille au périnée pour extraire cette même pierre après l'avoir fait passer dans la portion de vessie restée dans le ventre, en supposant que cela soit possible.

Ce n'est pas seulement par l'anneau inguinal, ou par l'arcade crurale, qu'une portion de la vessie peut s'échapper pour

(1) Voyez les Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 2. p. 49.

former extérieurement une tumeur herniare: on observe encore dans quelques femmes enceintes que la vessie, à raison du volume et du poids de la matrice, fait une saillie plus ou moins considérable dans le vagin. La tumeur qui en résulte est molle, indolente, compressible et située ordinairement derrière les os du pubis dans la partie supérieure du vagin dont les fibres sont écartées les unes des autres et très relachées. La femme ne peut rendre ses urines qu'avec peine et l'on est méme quelquefois obligé de la sonder pour les évacuer. Quand on comprime cette tumeur qui est toujours avec fluctuation, elle disparoit et l'urine sort part l'urethre : elle reparoit quand on cesse de la comprimer, quand la femme est debout et qu'il y a longtemps qu'elle n'a uriné. Après l'accouchement, cette hernie disparoit d'elle même, la cause qui la produisoit n'existant plus.

Verdier (1) rapporte deux observations des quelles il résulte que la vessie peut descendre assez bas pour former, toujours dans les femmes enceintes, une petite

(1) Mém. de l'Acad. de Chirurg. tom. 2. p. 25.

tumeur au périnée : c'est alors le dernier dégré de la maladie. On ne croiroit point que dans l'homme la vessie pût former une semblable tumeur au périnée, s'il n'y en avoit un exemple, le seul que l'on connoisse jusqu'à présent (1). C'est dans les femmes enceintes et dans celles qui ont déjà fait plusieurs enfans, mais très rarement dans les filles, que se forme la hernie de vessie par le vagin. Elle est ordinairement produite par une chûte, ou par un effort violent qui fait sortir en même temps la matrice, ou une portion d'intestin ; en sorte que l'on a vu successivement dans la même femme une hernie de vessie, une chûte de matrice, une hernie intestinale par le vagin et même un renversement du rectum. L'observation suivante que je rapporte d'après Hoin (2) achevra d'éclairer ce qui vient d'être dit. Une femme agée d'environ trente ans, d'une forte constitution et accouchée depuis sept jours,

---

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 4, pag. 181.

(2) Essai sur différentes hernies p. 368, du 2e vol des œuvres de Le Blanc.

allant d'une chambre dans une autre, trouva sur son passage un sceau plein d'eau qu'elle changea de place avec effort et vivacité. A l'instant elle sentit aux parties génitales une douleur si violente, qu'elle tomba en syncope pendant un quart-d'heure. Quand elle eût repris connoissance, elle s'apperçut qu'elle avoit dans le vagin une tumeur très considérable accompagnée de douleurs aigues qui s'étendoient jusqu'au nombril. Le chirurgien qui l'avoit accouchée prit cette tumeur pour la tête d'un second enfant et les douleurs qui se succédoient les unes aux autres pour les signes d'un nouveau travail. Dans l'intention de faciliter la sortie d'un fœtus, il fit pendant longtemps des manœuvres inconsidérées. Trois jours après, un autre chirurgien fut prié de voir la malade. Il trouva une tumeur lisse, polie, qui sortoit du vagin de la longeur de deux pouces et demi : la fluctuation y étoit évidente. La malade avoit beaucoup de fièvre, la bouche aride, une grande altération, une chaleur et des douleurs aux reins si insuportables, qu'elles lui arrachoient des plaintes continuelles et s'opposoient aux plus petits mouvement du

corps. Avant le moment de l'effort qui étoit la cause de sa maladie elle avoit eu une pressante envie d'uriner qu'elle n'avoit point satisfaite, et depuis cet effort, ou depuis soixante heures, cette envie ne cessoit point et étoit inutile. L'homme de l'art ne trouva point à l'hypogastre le gonflement d'une vessie qui auroit retenu les urines pendant longtemps, il sentit au contraire à cette région une espèce de vuide. A tous ces signes il ne douta pas que la tumeur qui étoit dans le vagin ne fut une hernie de vessie et que les douleurs de la région des reins ne dépendissent du tiraillement des uretères. Il fit placer la tête et la poitrine de la malade très bas, éléva les cuisses et les fesses, fit des embrocations d'huile d'olives sur le ventre et sur la tumeur qu'il mania doucement pour la réduire : en continuant de la comprimer, elle diminua par dégrés et fit en disparoissant un bruit qui fut entendu des assistants. Aussitôt que la vessie et le vagin qui lui servoit de poche furent réduits, les lochies retenues par la tumeur volumineuse dont le vagin avoit été rempli, s'écoulerent en abondance. Le besoin d'uriner continuoit de tourmenter

la malade : la vessie avoit été trop longtemps distendue pour qu'elle put se contracter d'elle même après sa réduction. A l'aide d'une bougie introduite jusque dans sa cavité et d'une légère pression faite avec la main sur la région hypogastrique, il s'écoula plus de trois livres d'urine, et la malade fut guérie.

L indication de sonder d'abord la malade afin d'évacuer l'urine étoit bien marquée. Il eut été ensuite beaucoup plus facile de réduire la vessie. Ce procédé méthodique a été suivi dans un cas semblable et qui ne diffère de celui-ci qu'en ce que la femme étoit dans le travail de l'accouchement (1). L'introduction de la sonde et une légère pression sur la vessie qui remplissoit le vagin ont suffi pour satisfaire tout à la fois à trois indications, évacuer l'urine, réduire la vessie et terminer l-accouchement. S'il étoit impossible d'introduire la sonde à cause du rétrécissement et de la déviation de l'urethre, il faudroit alors pour remédier à la rétention d'urine, qui est l'accident le plus urgent de la maladie, faire une ponction à la vessie, par le vagin.

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurg. tom. 2. p. 55.

CHAPITRE XIV.

De la Hernie Intestinale par le Vagin.

LORSQUE par une cause quelconque, soit par des grossesse multipliées, soit par des efforts continuels, les fibres charnues du vagin ont été affoiblies, une partie du canal intestinal s'introduit quelquefois dans le vuide, ou dans l'enfoncement qui existe naturellement entre le rectum et la matrice, ou entre ce viscère et la vessie : il se forme dans la partie supérieure et latérale du vagin une tumeur molle, compressible, peu douloureuse, qui disparoit quand on la comprime, qui reparoit quand on cesse de la comprimer, quand la femme se tient debout et qu'elle fait effort. La tunique membraneuse et charnue du vagin sert ainsi que le péritoine de poche ou d'enveloppe à l'intestin déplacé. Quelques observations prouvent que cette hernie n'est pas toujours renfermée dans la cavité du vagin : elle est quelquefois assez volumineuse pour en sortir et pour en boucher l'ouverture. Dans

ce cas elle est nécessairement compliquée de la chûte, ou du renversement du vagin. Il est très rare que les filles soient attaquées de cette maladie. Elle se manifeste presque toujours pendant la grossesse, ou immédiatement après l'accouchement. La tumeur n'est dans son principe guere plus volumineuse qu'un œuf de poule et située communément dans la partie supérieure et latérale du vagin, derriére les os pubis. Elle se forme tantôt subitement et tantôt lentement, mais toujours après une chûte, ou un effort. Quand l'intestin s'est glissé entre le rectum et la matrice, c'est dans la partie la plus profonde du vagin que l'ont sent la tumeùr herniaire : cette hernie est susceptible d'étranglement. Smellie (1) en rapporte des exemples, et il dit avoir vu des femmes grosses attaquées de hernies intestinales par le vagin assez considérables pour rendre l'accouchement difficile.

On réduit ces hernies avec facilité en les comprimant légérement de bas en haut, un peu obliquement, la malade étant située horizontalement. On les maintient réduites

(1) Traité des Accouchemens, tom. 2. p. 171.

en faisant rester la malade au lit pendant quelques jours, en faisant des injections astringentes dans le vagin et en faisant porter un pessaire cylindrique, creux, flexible, fait avec la gomme élastique et qui comprime uniformément la circonférence du vagin dans toute sa longueur, sans irriter le col de la matrice. Il est utile de renouveller ce pessaire de temps en temps et de le fixer par des courreies que l'on attache à une ceinture, ou bandage circulaire. Plusieurs femmes ont été radicalement guéries par ce procédé, lorsque la hernie n'étoit pas très ancienne et d'un volume trop considérable. Quand elle survient pendant la grossesse, elle disparoit ordinairement d'elle même après l'accouchement, mais elle reparoit dans la grossesse suivante.

CHAPITRE XV.

Du Cathétérisme, ou de l'Introduction de la sonde dans la Vessie.

LE cathéterisme ou l'introduction de la sonde dans la vessie, est une opération très-ancienne. Celse, Galien, Paul d'Égine et

tous les auteurs des temps les plus reculés, en ont fait mention. Elle se pratique sur les hommes et les femmes, sur les enfants, les adultes et les vieillards, soit pour évacuer l'urine retenue dans la vessie, soit pour reconnoître la présence d'une pierre qui y est contenue.

L'instrument dont on se sert pour exécuter cette opération, se nomme une sonde ou une algalie. Les Grecs lui avoient donné le nom de Cathéter; mais on ne donne aujourd'hui ce nom qu'à la sonde d'acier et canelée qui sert dans l'opération de la lithotomie. La sonde ou l'algalie dont nous nous servons soit pour évacuer l'urine dans le cas d'une ischurie, soit pour introduire dans la vessie un fluide quelconque, est faite d'argent. Elle est creuse dans toute sa longueur, lisse et polie afin de glisser avec facilité dans le canal de l'urèthre, solide et même un peu pesante, afin de pénétrer par son propre poids jusque dans la cavité de la vessie. Quelques chirurgiens préfèrent pour cette raison les sondes d'or aux sondes d'argent. Il est nécessaire d'en avoir cinq de différentes grandeurs pour l'homme. La plus longue aura dix pouces de long;

la plus petite destinée aux enfants du premier âge, n'en doit avoir que six. Cette mesure, qui est le résultat de l'expérience, équivaut à celle qui a été donnée par Celse.

Une sonde grande ou petite, destinée pour un enfant, pour un jeune homme ou pour un adulte, est droite dans la plus grande partie de sa longueur, et ensuite un peu courbe. Cette courbure ne doit pas être très-grande, mais proportionnée seulement à celle de l'urèthre et du col de la vessie. Aussi l'expérience apprend-elle qu'une sonde peu courbée s'introduit plus aisément que celle qui l'est beaucoup. Elle doit être un peu grosse, afin d'écarter les parties du canal de l'urèthre en suivant sa route, à mesure qu'on la pousse. Elle ne doit point être percée par la pointe qui termine son extrémité courbée qu'on nomme le bec, parce que dans le cas d'une tumeur variqueuse ou fongueuse située dans l'urèthre ou au col de la vessie, elle s'engageroit dans cet obstacle ou ne pourroit être portée plus avant qu'en déchirant les parties : mais à très-peu de distance de cette même extrémité mousse et recourbée, il y a de l'un et de l'autre côté une ouverture

oblongue de cinq à six lignes de longueur qui doit être fabriquée de manière que la sonde puisse glisser dans le canal de l'urèthre sans l'excorier.

Quand ces ouvertures latérales que l'on nommé les yeux de la sonde sont bien faites et n'offrent aucune espèce d'aspérité, il n'y a plus rien d'essentiel à désirer pour la perfection de cet instrument. Cependant on trouve dans Franco et dans Daléchamps la figure d'une sonde dont on attribue mal-à-propos l'invention à Petit, laquelle a cela de particulier, que l'ouverture faite pour la sortie de l'urine au lieu d'être oblongue et latérale, est pratiquée tout-à-fait au bout ou à la pointe de la sonde. Et pour que cette ouverture n'ait pas l'inconvénient dont on vient de parler, elle est fermée par le stilet qui se termine par un petit bouton mousse, arrondi, qui fait l'office d'un bouchon, ensorte que la sonde paroît être pleine, solide et sans aucune espèce d'ouverture quand on l'introduit. Pour faire sortir l'urine, il suffit de pousser en avant le stilet, et alors la sonde est ouverte. Quand on veut la retirer de la vessie, on tire à soi le stilet, et la sonde est fermée. Si l'on

ne prenoit point cette dernière précaution, on risqueroit en retirant la sonde de la voir retenue entre son extrémité et le bouton du stilet, par quelque partie du col de la vessie ou du canal de l'urèthre.

La situation la plus commode à donner à un malade qu'il faut sonder, est de le faire coucher horizontalement sur un lit, les cuisses un peu fléchies et écartées. Le chirurgien se placera à la gauche du malade. Il prendra une sonde qui aura la longueur, la grosseur et la courbure proportionnées à l'âge du sujet, à sa grandeur et au diamètre de l'urèthre. Il échauffera cette sonde en la frottant entre ses mains ou en la trempant dans de l'eau tiède et l'essuyant ensuite. Cette précaution est surtout nécessaire quand le sujet est irritable, quand le canal de l'urèthre est très-sensible. Une sonde froide le resserreroit et le rendroit spasmodiquement plus étroit. Le chirurgien ayant échauffé sa sonde et l'ayant trempée dans de l'huile, prendra de la main gauche la verge, découvrira le gland, introduira, sans comprimer l'urèthre, la sonde qu'il tient de la main droite, de manière que sa concavité soit dirigée

du côté du ventre du malade. Il poussera doucement la sonde dans l'urèthre, tandis qu'avec sa main gauche il poussera la verge sur la sonde. Il doit y avoir entre les mains du chirurgien un accord tel que dans le même moment la verge soit autant poussée sur la sonde, que la sonde l'est dans la verge. Quand elle est parvenue jusque sous l'arcade du pubis, il faut éloigner la verge du ventre, abaisser le manche ou le pavillon de la sonde, afin que sa pointe se relève et glisse pour ainsi dire d'elle-même par son propre poids et par un léger mouvement de bascule jusque dans la vessie. Jamais on ne doit employer de force, ni user de violence, lors même que la sonde étant avancée jusqu'auprès du col de la vessie, on éprouve quelque difficulté à l'introduire dans la cavité de ce viscère. C'est au contraire en faisant avancer la sonde doucement et lentement qu'on vient aisément à bout de lui faire franchir l'obstacle que présente naturellement le col de la vessie. En poussant rudement la sonde, surtout lorsqu'elle est fine, sa pointe peut crever la partie membraneuse de l'urèthre et pénétrer par cette fausse route dans le tissu

spongieux de ce canal ou entre la vessie et le rectum : accident d'autant plus grave qu'il augmente le danger de la maladie pour laquelle il étoit nécessaire de sonder le malade. Tout chirurgien, dit Petit dans le deuxième volume de ses Oeuvres Posthumes, qui portera sa sonde et la conduira avec douceur, l'introduira avec facilité dans la vessie : car pour percer l'urèthre et faire un chemin nouveau, il faut employer beaucoup plus de force que pour écarter ses parois naturels, lorsqu'ils ne sont que pressés l'un contre l'autre. Or un chirurgien accoutumé à sonder sait comparer les résistances, et s'il s'apperçoit que celle qui se trouve au bout de la sonde n'est pas de nature à être aisément surmontée, il ne s'obstine point à vouloir la vaincre. Ce n'est pas une honte de ne pas réussir dans une première tentative, ce que l'on n'obtient pas dans un moment, on l'obtient dans un autre.

Quand par une cause quelconque la sonde n'entre pas librement dans la vessie et est arrêtée près son col, il faut porter dans le rectum le doigt index de la main gauche graissé d'huile avec lequel on éléve et

on dirige la pointe de la sonde vers le col de la vessie pour l'y faire entrer en la poussant doucement en devant, tandis qu'avec la main droite qui tient le manche de la sonde on la conduit dans cette direction. Ce n'est qu'après s'être exercé souvent sur des cadavres que l'on acquiert l'habileté nécessaire pour bien faire cette opération. Quand le canal de l'urèthre est libre et quand le col de la vessie est dans un état sain, l'introduction de la sonde est facile pour peu qu'on en ait l'usage. Aussi est-il vrai de dire que, toutes choses égales d'ailleurs, les enfants et les jeunes gens sont plus aisés à sonder que les vieillards.

Le procédé que l'on vient d'indiquer pour conduire une sonde dans la vessie, est le plus facile de tous à exécuter. Quelques praticiens préfèrent que le malade soit couché en travers et sur le bord de son lit, et alors ils se placent vis-à-vis de lui entre ses jambes qui sont écartées et pendantes. La sonde s'introduit toujours de la même manière, c'est-à-dire que sa concavité regarde le ventre du malade : et c'est ce qu'on appelle vulgairement *sonder par-dessus le ventre.* Lorsqu'on veut au contraire

traire *sonder par-dessous le ventre* et faire ce que l'on nomme *le tour de maître*, il faut se placer à la droite du malade ou vis-à vis de lui, et introduire la sonde dans l'urèthre de manière que sa convexité soit tournée du côté du ventre. Lorsque la pointe de la sonde est parvenue près le col de la vessie, elle n'est pas située d'une manière favorable à y entrer, puisque sa concavité est tournée directement en bas. C'est pourquoi la main droite qui tient la sonde, lui fera décrire un demi cercle au moyen duquel l'extrémité qui étoit tournée en bas, se trouvera tournée en haut et dirigée vers le col dans lequel elle entrera pour peu que l'on baisse la main. Ce dernier mouvement par lequel on fait décrire à la sonde un demi cercle qui détermine son bout à entrer dans le col de la vessie, se nomme le *tour de maître*. Ce procédé est aujourd'hui presque entièrement abandonné, non seulement parce qu'il n'y a aucune raison pour le préférer à celui qui a d'abord été décrit et qui est plus simple et plus facile, mais encore parce qu'en faisant avec vitesse ce tour de maître, il est très-possible de blesser l'urèthre dans le moment où l'on

baisse brusquement la main. Lorsqu'enfin la sonde est entrée jusque dans la vessie, ce dont on s'apperçoit quand on sent le bec libre dans sa cavité, il faut la retenir avec la main droite dans cette situation, afin qu'elle ne sorte pas : on ôte le stilet de la main gauche, on incline la verge et la sonde et on reçoit l'urine dans un vaisseau préparé pour cet usage.

L'introduction de la sonde est très-facile chez les femmes dont l'urèthre est plus droit, plus court et plus large que celui de l'homme. Elles n'ont d'ailleurs ni glande prostate, ni verumontanum. Les sondes qui leur sont destinées sont pour cette raison presque droites ou très peu courbées à l'une de leurs extrémités. La plus longue, celle dont on se sert pour les femmes adultes, doit avoir six pouces de longueur : la plus petite, qui sert aux personnes en bas âge, n'en a que cinq. Il y a des cas dans lesquels une algalie ordinaire pour femme, n'est pas assez longue pour pénétrer jusque dans la vessie : il faut se servir d'une algalie pour homme peu courbée, et sonder la femme par-dessus le ventre, en se plaçant à sa gauche, tenant l'algalie de la main droite

et écartant les grandes et les petites lèvres avec deux doigts de la main gauche.

Dans les cas ordinaires, l'algalie pour femme est suffisamment longue. On l'introduit de la manière suivante. La femme étant couchée horizontalement sur un lit, le bassin élevé par un oreiller, les cuisses écartées et un peu fléchies, le chirurgien se placera du côté droit de la femme, écartera les nymphes avec le pouce et le doigt index de la main gauche, afin de découvrir l'orifice de l'urèthre qui est situé immédiatement au-dessous du clitoris, dans l'espace triangulaire qui est entre les nymphes, un peu au-dessus du bord supérieur du vagin, il tiendra de sa main droite la sonde trempée dans l'huile, et l'introduira doucement et horizontalement dans le canal de l'urèthre et dans la vessie.

On reconnoit que la vessie est pleine d'urine et qu'il est nécessaire de l'évacuer par l'introduction de la sonde, lorsque depuis plusieurs heures le malade ne peut absolument uriner malgré tous ses efforts : lorsque la vessie distendue par le fluide qu'elle contient forme au-dessus du pubis une tumeur douloureuse, oblongue, cir-

conscrite, renitente sans changement de couleur à la peau et avec fluctuation ; lorsqu'en introduisant un doigt dans le rectum on sent la plénitude de la vessie qui comprime cet intestin. Dans cet état, le malade éprouve ordinairement des douleurs très-vives dans la région hypogastrique inférieure : il survient une chaleur universelle, de la fièvre, des hoquets, le visage est rouge, la vessie distendue outre mesure s'éleve de bas en haut jusqu'au nombril, perd son ressort et la faculté de se contracter pour expulser l'urine. Si l'on ne remédie point à ces accidents pressants, l'urine tombant goute à goute et à chaque instant des uretères dans la vessie, la remplit et la distend autant qu'elle peut l'être : et si la cause qui produit l'ischurie continue d'agir, l'urine ne pouvant plus entrer dans la vessie parce qu'elle est pleine, s'accumule dans les uretères qu'elle dilate peu-à-peu jusqu'au point de leur donner quelquefois le volume d'un intestin. La dilatation des uretères et celle de la vessie, détruit l'obliquité naturelle et l'espèce de valvule que forment ces deux canaux dans l'endroit de leur insertion dans la vessie.

Il résulte de cette disposition morbifique des parties que l'on peut évacuer à la fois par l'introduction de la sonde plusieurs pintes d'urine, non que la vessie puisse en contenir une quantité aussi considérable, quelque grande que soit sa dilatation, mais c'est qu'alors on évacue l'urine qui est retenue non seulement dans la vessie, mais encore celle qui est accumulée dans les ureteres et même dans les bassinets des reins. Des observations multipliées et faites d'après l'ouverture des cadavres confirment cette assertion et prouvent que la retention d'urine peut exister successivement dans la vessie, ensuite dans les uretéres et enfin dans les reins, quand la cause qui s'oppose à l'écoulement libre de ce fluide excrémentitiel continue toujours d'agir.

Il est encore d'expérience que dans la retention d'urine les malades rendent quelquefois une quantité assez considerable de ce fluide, comme d'une chopine en vingt-quatre heures, quoique la maladie continue toujours d'agir. Cela s'appelle uriner par regorgement. La vessie ne se vuide point completement, elle reste tuméfiée au dessus du pubis. L'urine sort fréquemment par le

canal de l'urethre, mais en petite quantité, avec douleur et avec effort, le malade urine même quelquefois plus qu'il ne boit. Cet état ne trompe que les personnes inexpérimentées, car quoique l'urine s'écoule fréquemment et en petite quantité par l'urethre, la vessie est toujours pleine et forme au dessus du pubis une tumeur apparente. En pareil cas l'introduction de la sonde fait disparoitre la tumeur à mesure que la vessie se vuide au grand soulagement du malade : et la quantité d'urine que l'on évacue par la sonde prouve incontestablement que l'on peut avoir une rétention d'urine, quoique l'on rende tous les jours par la voie naturelle une assez grande quantité de ce fluide.

L'introduction de la sonde dans la vessie est le remede efficace de cette maladie. Rien ne peut et ne doit suppléer cette opération qu'il est toujours dangéreux de différer. L'indication à suivre est claire et précise : la vessie est remplie d'urine, il faut l'évacuer avec la sonde. En retardant cette opération, la vessie distendue outre mesure perd son ressort et devient paralytique. Au contraire, l'évacuation prompte

de l'urine dès l'apparition de la maladie la fait cesser aussitôt. En différant de vuider la vessie le mal augmente et la cure devient beaucoup plus longue. Il n'est pas possible, d'aprés tout ce qui vient d'être dit, de confondre la rétention d'urine avec la maladie connue sous le nom de suppression d'urine dans laquelle ce fluide n'est point séparé du sang par les reins, bien loin d'être accumulé avec sur abondance dans la vessie. Dans la suppression, il n'y a point d'urine dans la vessie, parce que la secrétion ne s'en fait point dans les reins. Dans la rétention, l'urine remplit la vessie, mais n'en peut sortir naturellement. L'abus des mots *suppression* et *rétention* rend cette explication nécessaire.

Quoique la sonde soit introduite jusque dans la cavité de la vessie, l'urine en sort quelquefois avec difficulté, ou s'arrête dans son cours, parce que les ouvertures latérales de cet instrument sont bouchées par un caillot de sang, ou par des filaments muqueux mêlés avec l'urine. En pareil cas il faut introduire le stilet dans toute la longueur de la sonde et le mouvoir afin de diviser ces matières épaissies, ou mouvoir

la sonde elle même de l'un et de l'autre côté dans la vessie, afin que par ces différents mouvements le sang, ou la mucosité étant divisés, puissent être expulsés au dehors avec l'urine. Enfin il est nécessaire pour faciliter l'issue de ce fluide, de comprimer avec la main la région de la vessie qui par son excessive distension a perdu la faculté de se contracter.

Quand on a vuidé complètement la vessie, on doit se décider d'après les circonstances de la maladie à laisser la sonde dans la vessie, ou à l'en retirer. Différents procédés ont été employés pour l'y assujétir et l'y fixer. Quelques praticiens attachent avec des épingles une compresse de cinq à six travers de doigts de largeur autour du bassin, laquelle fait l'office d'une ceinture. Ils passent ensuite par chacun des anneaux de la sonde un double cordonnet, ou une mèche du coton longue de trois à quatre pieds. Ils conduisent de chaque côté du corps un des chefs de ce double lien l'un par dessous la cuisse et l'autre par dessus pour être attaché obliquement vers la hanche avec des épingles à la compresse circulaire. La sonde ainsi fixée, on en bouche l'ou-

verture avec un bouchon de liège que l'on ote toutes les fois que le malade sent le besoin d'uriner. D'autres praticiens n'appliquent point de compresse circulaire au tour du bassin, mais ils fixent chaque lien vers la hanche avec un emplatre agglutinatif appliqué sur la peau. D'autres enfin se servent de la compresse circulaire de linge et n'employent de chaque côté qu'un seul lien de coton qu'ils attachent à la compresse avec une épingle vers la région du pubis. De quelque manière que la sonde soit fixée dans la vessie, elle y fait toujours l'office d'un corps étranger qui fatigue et qui irrite une partie naturellement très sensible et qui l'est devenue encore plus par la maladie. L'expérience apprend que quand la vessie a été excessivement distendue par une grande quantité d'urine, il faut pour l'évacuer se servir d'une longue algalie, parce qu'en pareil cas la vessie s'élève vers le nombril. Mais quand elle est vuidée et pour peu qu'elle se resserre après son évacuation, cette même sonde devient trop longue : sa pointe frappe et irrite le sommet, tandis que sa partie courbée appuie invariablement sur un point déterminé de l'urèthre et du col de la vessie.

Cette pression constante d'un corps dur et inflexible sur une partie sensible et enflammée détermine souvent la formation d'une eschare gangreneuse dans le lieu du contact.

Pour obvier autant qu'il est possible à cet inconvénient, quelques praticiens préferent d'oter la sonde immédiatement après avoir vuidé la vessie, et réitérent son introduction plusieurs fois dans la journée. Mais cette pratique a encore ses inconvénients. L'introduction de la sonde est quelquefois difficile, douloureuse, pénible pour le malade et pour le chirurgien. En irritant fréquemment l'urethre et le col de la vessie, on augmente, ou l'on perpétue la maladie. Au contraire, si le malade est aisé à sonder, si la cause qui produit la rétention d'urine n'est point inflammatoire ou perpétue le mal d'une autre manière, en ne sondant pas le malade assez souvent. En effet, il ne suffit pas de vuider la vessie trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, comme le font les praticiens vulgaires. Une vessie qui est dans l'atonie et qui a perdu la faculté de se contracter par l'excessive distention qu'elle a soufferte a besoin d'être vuidée souvent, surtout si le

malade boit abondamment. En n'évacuant pas la vessie aussi souvent qu'il convient de le faire, on perpétue nécessairement la maladie. Or pour peu qu'un chirurgien soit occupé des affaires de sa profession, il ne lui est pas toujours possible, surtout s'il habite dans une grande ville un lieu éloigné de celui où réside le malade, de le visiter aussi souvent qu'il seroit nécessaire pour le sonder cinq au six fois dans l'espace de vingt-quatre heures. Petit a cru pouvoir remédier à tous ces inconvénients en proposant de se servir de la sonde en S ainsi nommée parce qu'elle a une double courbure qui lui donne la figure de cette lettre majuscule. Cette sonde se fixe mieux dans la vessie que la sonde ordinaire, mais elle a comme toutes les autres, l'inconvénient qui résulte de la pression d'un corps dur qui par sa courbure et par sa pointe irrite le col et le sommet de la vessie.

Une remarque historique assez singulière, c'est que cette sonde en S de Petit, qu'il a tant préconisée avoit été imaginée deux mille ans avant lui par les chirurgiens grecs. J'ai vu dans le muséum de Portici, près Naples, la sonde en S des anciens trou-

vée dans les ruines de la ville de Pompéia. Elle est de bronze comme le sont tous les instruments de chirurgie des Grecs, elle a la même forme, la même longueur et le même diamètre que celle de Petit. elle en diffère seulement en ce qu'au lieu d'avoir deux ouvertures latérales à son extrémité, elle n'en a qu'une seule qui est à la partie concave de la sonde, vers sa pointe, ce qui me paroît être une perfection.

La nécessité de laisser dans certains cas une sonde à demeure dans la vessie, fit imaginer les sondes flexibles. On les composa d'abord de cuir et ensuite de peau d'anguille. On leur donna la courbure et la solidité nécessaires en introduisant dans leur cavité un stilet, ou une verge de métail. Par ce moyen on pouvoit les introduire aisément dans la vessie, et alors on retiroit le stilet solide. On s'apperçut bientôt qu'une sonde composée de cuir, ou de peau d'anguille étoit promptement ramolie et altérée par l'urine et que par conséquent elle ne pouvoit séjourner dans la vessie sans se décomposer. On imagina les sondes fléxibles faites avec un fil d'argent roulé en spirale, sondes auxquelles on donna comme

aux précédentes la courbure et la solidité nécessaire, en mettant dans leur cavité un stilet de métal. L'expérience apprit bientôt que si cette sonde d'argent flexible n'est pas attaquable par l'urine, elle a l'inconvénient en balottant dans la vessie de l'irriter et de causer des douleurs insupportables, quand le stilet est retiré, car elle est lourde et pésante. On a vu l'extrémité, ou la pointe solide de cette sonde se détacher du fil d'argent qui en forme la plus grande longueur, rester dans la vessie et servir de noyau à une pierre. Enfin Maquer ayant découvert que la résine, ou gomme élastique de Cayenne qui découle par incision de l'écorce d'un arbre d'Amérique et que les naturels du pays nomment *Caoutchouc*, étoit dissoluble dans l'æther vitriolique, on imagina de composer avec cette substance des sondes fléxibles. Elle ne sont cependant pas entièrement composées de gomme de Cayenne dissoute dans l'œther : mais on fabrique d'abord avec plusieurs fils de soie une sonde creuse, ou une espèce de tuyau que l'on trempe ensuite dans un vernis formé par la gomme élastique de Cayenne, ou par la gom-

me lacque dissoute dans un menstrue spiritueux. Ces sondes ont l'avantage de pouvoir rester longtemps dans la vessie sans être altérées par l'urine, d'être légères, fléxibles et de ne point comprimer le çol de la vessie. On les assujetit, comme il a été dit ci dessus : et plusieurs malades ont la faculté de pouvoir marcher et se promener en gardant une pareille sonde, ce qui étoit impraticable avec celles de métal. Ainsi doit-on regarder l'invention de ces sondes comme une découverte précieuse dans l'art. De quelque manière qu'elles soient construites, que ce siot avec le métal ou avec la gomme élastique, il est toujours nécessaire de les retirer de la vessie tous les deux ou trois jours, au plûtard, pour les nétoyer et empêcher le sédiment de l'urine de s'incruster autour de l'extrémité de l'instrument qui plonge dans la vessie. Sans cette précaution, on expose le malade à la formation de la pierre et l'on ne peut retirer la sonde qu'avec peine en déchirant le col de la vessie et l'intérieur de l'urethre par les aspérités du gravier qui s'est incrusté autour de la sonde.

CHAPITRE XVI.

De la Ponction de la Vessie.

Lorsqu'il est absolument impossible d'introduire une sonde ou même une bougie dans la cavité de la vessie pour évacuer l'urine qui y est retenue, il faut y faire une ponction, afin de la vuider et de faire cesser par l'évacuation prompte de l'urine les accidents très-graves de l'ischurie. Cette ponction se fait en trois endroits différents : au périné du côté gauche, au dessus du pubis et par le rectum.

Avant que de faire la ponction dans l'un ou l'autre de ces endroits, il faut s'assurer de la plénitude de la vessie en touchant la région hypogastrique inférieure, et en portant un doigt dans le rectum. Il ne suffit pas de savoir que depuis deux ou trois jours le malade n'a pas rendu par l'urèthre une seule goute d'urine et que la sonde dirigée méthodiquement ne peut être introduite dans la vessie, il faut savoir de plus si l'urine y est encore contenue. Sans cette attention, il seroit possible de faire inutile-

ment une ponction à la vessie et de ne pas tirer d'urine, ce fluide étant épanché dans le ventre ou infiltré dans le tissu cellulaire du scrotum et du périné par une crévasse de l'urèthre ou de la vessie.

Il est fort rare que la vessie se crève dans son corps ou dans son fond. La crévasse se fait ordinairement à la partie membraneuse de l'urèthre, et l'urine s'infiltre alors dans le scrotum. Quelquefois elle sort aussi par le nombril, le col de la vessie ou le canal de l'urèthre étant complettement obstrués. Dans ce dernier cas, l'urine ne s'écoule point par l'ouraque comme l'ont dit plusieurs écrivains. L'ouraque n'est point un canal, mais un ligament. Or un ligament ne peut point se changer en canal, quelque distension qu'éprouve la vessie pleine d'urine. Mais la maladie s'annonce d'abord par la tuméfaction du bas-ventre. Il se forme ensuite une tumeur à l'ombilic ou près l'ombilic, laquelle est molle, plus ou moins grosse et avec une fluctuation bien sensible. Si l'on ouvre cette tumeur, l'urine s'écoule au-dehors et il reste un ulcère fistuleux qu'on ne peut guérir qu'en désobstruant

truant l'urèthre et le col de la vessie. L'ouraque ne s'est point ouvert, il est resté dans son intégrité, mais la vessie a formé à l'ombilic un prolongement, une espèce d'appendice digitale ou de hernie qui s'est manifestée sous l'apparence d'une tumeur avec fluctuation, et qui a contracté une adhérence inflammatoire plus ou moins grande avec les tégumens communs et propres du bas-ventre. C'est ainsi que j'ai vu cette maladie dans un enfant de sept à huit ans qui eût une rétention totale de l'urine produite par une pierre engagée dans le col de la vessie. Le ventre se tuméfia, il survint à l'ombilic une tumeur inflammatoire avec fluctuation, qui s'ouvrit et laissa couler l'urine au dehors. La pierre étant extraite par l'opération de la lithotomie, la fistule s'est guérie spontanément. J'ai revu le même cas dans un homme de cinquante ans, qui, à raison d'une obstruction de l'urèthre, eut une rétention d'urine. Le ventre se tuméfia, il se forma une tumeur très-sensible et avec fluctuation près l'ombilic, laquelle s'ouvrit et donna issue à l'urine en laissant un large ulcère fistu-

leux. Saviard (1) et Peu (2) ont vu cette tumeur se manifester dans des enfants nouveaux-nés, et toujours à l'ombilic ou près l'ombilic. La vessie formoit alors à cette partie un véritable prolongement ou une espèce de hernie.

Avant que l'on eut imaginé de faire la ponction au périné, on remédioit aux accidents de la rétention d'urine en faisant parallèlement au raphé une incision à l'urèthre et au col de la vessie. Cette opération, née de celle de la lithotomie, a été indiquée par Jean Damascène, par Rhazes, par Avicenne, et ensuite par Arculanus et par plusieurs autres. Colot dit l'avoir faite souvent et avec succès, soit dans le cas de rétention d'urine, soit dans celui de fistules urinaires invétérées : et c'est à cette incision de l'urèthre, que les chirurgiens français ont donné le nom de *boutonnière*.

L'opération de la lithotomie s'étant ensuite perfectionnée, on pensa qu'il seroit plus facile et plus méthodique de pénétrer

---

(1) *Obs.* 97. *p.* 406.

(2) Pratique des Accouchemens, p. 58.

dans la vessie en faisant une ponction au périné du côté gauche, que d'inciser presque sans guide et au hasard l'urèthre et le col de la vessie. Drouin et Tolet préconisèrent ce nouveau procédé qui s'exécute de la manière suivante.

Le malade doit être situé horizontalement et en travers de son lit, les fesses élevées, les jambes fléchies et écartées, et la tête un peu inclinée sur la poitrine. Le périné étant rasé et bien essuyé, et l'intestin rectum vidé par un lavement pris deux heures avant l'opération, un aide relevera le scrotum. La peau du périné étant bien tendue, le chirurgien placé vis-à-vis le malade, prendra de sa main droite un troicart dont la tige aura quatre à cinq pouces de longueur. il le tiendra de manière que le manche de l'instrument soit appuyé dans la paume de sa main, le doigt index allongé sur la canule, les autres doigts fléchis et le pouce situé sur le côté interne du manche du troicart qu'il plongera horizontalement dans le centre du périné du côté gauche, sans incliner l'instrument à droite ou à gauche. Cette partie du périné où se fait la ponction, a la figure d'un triangle

qui a sa pointe au-dessous du scrotum, dont la base s'étend de l'anus à la tubérosité ischiatique, et dont les côtés sont représentés par le raphé et par la branche ascendante de l'ischion. C'est dans le centre ou le milieu de ce triangle, que l'on doit faire la ponction. L'instrument ayant pénétré jusque dans la vessie, entre son col et l'embouchure de l'uretère, on retirera le troicart, afin que l'urine s'écoule par la canule que l'on assujettit par des liens, et dont on bouche l'ouverture, afin de procurer de temps en temps une issue libre à l'urine, jusqu'à ce qu'elle reprenne son cours par la voie naturelle.

Cette opération se faisant très rarement, on n'a point sur ses avantages et sur ses inconvéniens toute l'expérience qu'il seroit à desirer que l'on eut. Il n'y a même nulle comparaison à faire entre cette ponction exécutée sur un cadavre dont la vessie saine a été remplie d'eau à dessein, et la même ponction faite sur un malade dont le col de la vessie, la prostate et le périné sont excessivement tuméfiés et enflammés. Dans ce dernier cas, on opère presque sans guide et au hasard l'état morbifique

changeant la situation respective des parties. L'instrument, quoique conduit par une main habile, a quelquefois percé le rectum. Foubert, qui devoit être un peu plus exercé qu'un autre dans cette opération, avoue l'avoir faite sans succès deux ou trois fois, le troicart n'ayant point percé la vessie. Cette perforation faite inutilement sur des parties douloureuses et enflammées, augmente nécessairement les accidents d'une maladie déjà très-grave par elle-même : et le chirurgien trompé dans son attente, est alors obligé d'avoir recours à un autre procédé plus facile et plus sûr pour évacuer l'urine, en perçant la vessie au-dessus des os pubis.

Mery est un des premiers qui l'ait mis en usage (1). Il dit qu'un homme âgé de soixante ans, et qui ne pouvoit point uriner depuis vingt-huit heures, vint à l'Hôtel-dieu de Paris dans le mois d'août 1701. On tenta plusieurs fois de le sonder, on n'en put venir à bout. On le fit baigner, il prit des émulsions. Ces remèdes ayant été inu-

(1) Mém. de l'Acad. des Sciences, ann. 1701. pag. 299. obs. 6.

tiles, Mery fit au dessus des os pubis, à côté, de la partie externe et inférieure du muscle droit, une ponction au corps de la vessie avec un troicart portant avec lui sa canule. Il sortit au moins trois chopines d'urine qui parut d'abord mêlée de pus et de glaires. On ne laissa la canule dans la vessie que jusqu'au lendemain, parce qu'étant d'acier, on craignit que les parties piquées n'en souffrissent. Ce jour là se passa sans urine, ce qui engagea sur le soir de répéter la ponction par le même endroit, en prenant la précaution de porter dans la vessie un troicart garni de sa canule d'argent. Cette canule fut laissée pendant deux jours dans la vessie, à la fin desquels l'urine commença à couler peu-à-peu par la verge, ce qui engagea à retirer la canule. Le premier jour qui suivit le moment de la ponction, la canule fut laissée ouverte pour donner lieu à l'urine de s'écouler librement, et par ce moyen occasion à la vessie de se rétablir. Le second et le troisième jour, la canule fut fermée et l'on se contenta de l'ouvrir pendant ces deux jours de huit heures en huit heures, afin de remettre les fibres charnues de la vessie en état de

se contracter pour chasser l'urine par l'uréthre ou par la canule. Le malade passa la nuit du 3 au 4 fort tranquillement, et le lendemain matin, il rendit par l'uréthre environ deux pintes d'urine. Le dix, il fut parfaitement guéri de sa ponction sur laquelle on n'appliqua d'abord qu'une compresse trempée dans le vin rouge, et ensuite un emplâtre de minium.

Mery ajoute que, quoiqu'il ait fait la ponction à côté de la partie inférieure du muscle droit pour pénétrer dans la vessie et éviter l'artère et la veine épigastrique qui rampent sur la face interne de ce muscle, il croit cependant qu'elle peut se faire sans courir aucun risque, immédiatement au-dessus de la symphise des os pubis entre les deux muscles pyramidaux : ce qu'il a éprouvé depuis avec un heureux succès.

Tous les praticiens conviennent en effet que cette opération doit se faire à la ligne blanche, environ un pouce au-dessus de la symphise du pubis. On l'exécute de la manière suivante. Le malade étant situé horizontalement près le bord de son lit, et la région hypogastrique inférieure étant rasée, le chirurgien se placera à la droite

du malade, il comprimera d'abord avec son pouce les téguments qui recouvrent la symphise, afin que par cette dépression il puisse distinguer l'endroit de la jonction des deux os, ce qu'il est important de bien connoître, sur tout quand on opère sur un sujet qui a beaucoup d'embonpoint. Une ligne droite tirée de la symphise du pubis jusqu'à l'ombilic, marque avec la plus exacte précision l'intervalle des muscles droits. Ce sera donc dans le centre de cette ligne, environ un pouce au dessus de la symphise du pubis, que le chirurgien plongera son troicart jusque dans la vessie. Celui dont on se sert dans l'opération de la paracentèse, pourroit également servir à faire la ponction de la vessie. Cependant il vaut mieux, s'il est possible, avoir un troicart courbe de deux à trois pouces de longueur, à moins que l'embonpoint du malade n'exige un instrument plus long. La canule de ce troicart doit avoir une plaque ou platine un peu large, afin de s'accommoder à la convexité du bas ventre sur laquelle elle doit être appuyée. On la fixera solidement en passant de longues bandes étroites dans des anneaux ou coulisses de métal fixés

à la platine supérieurement et inférieurement. L'urine évacuée, on bouchera l'ouverture de la canule avec un bouchon de liége. On interposera entre la peau du ventre et la plaque de la canule, un morceau d'éponge ou une compresse, afin d'éviter au malade la douleur et l'excoriation de la peau. La canule, quoique courbe, n'irritera pas par son extrémité la partie postérieure de la vessie ou son col, si l'on met une éponge ou une compresse un peu plus épaisse, à mesure que la vessie deviendra plus petite et reprendra son état naturel. L'attention la plus essentielle à avoir sur-tout pendant les premiers jours, est de fixer la canule de manière qu'elle ne se déplace point. Deux ou trois jours après la ponction faite, on peut sans inconvénient ôter la canule pour la nétoyer. On la replace aisément en la trempant dans de l'huile et par la même ouverture. J'ai connu un vieillard qui a porté sans accident une canule au dessus du pubis pendant cinquante jours. On l'ôtoit et on la remettoit de temps en temps sans difficulté en la graissant avec un peu d'huile.

La ponction de la vessie au dessus du

pubis s'exécute chez les femmes de la même manière que chez les hommes. En voici un exemple digne de remarque. Une fille agée de trente-six ans, rachitique et bossue éprouvoit depuis environ vingt ans des difficultés d'uriner plus ou moins considérable, et à des intervalles différents. Pendant les six derniers années de sa vie, elle eut de violentes douleurs à la vessie, et fut prise d'une rétention d'urine. La vessie très distendue paroissoit s'élever jusqu'au nombril. Il ne fut pas possible de sonder cette fille, même avec la sonde la plus petite. On fit une ponction à la vessie au-dessus du pubis et l'on évacua par cette opération environ trois pintes d'urine. La malade fut soulagée et la piqûre fut guérie très-promptement. La vessie s'étant remplie de nouveau il fut possible de sonder la malade en se servant d'une très petite sonde. Peu à peu l'urine reprit son cours naturel, mais avec des douleurs très vives. La rétention survint encore quatre à cinq fois pendant l'espace de deux à trois mois et l'on sonda toujours avec succés la malade. Enfin il parut à la partie interne de la grande lèvre du côté droit une tumeur qui se prolongeoit en dedans vers les

nimphes et qui poussoit la vulve et le conduit urinaire de droite à gauche. Les accidents ayant augmenté, la malade mourut. On fit l'ouverture du cadavre et l'on trouva une tumeur squirrheuse, grosse comme une truffe, d'une figure irréguliaire, et attachée par une espèce de ligament à la partie supérieure et latérale du corps de la matrice. Une seconde tumeur du volume d'un petit melon et située dans le tissu du péritoine comprimoit la vessie, le vagin et le canal de l'urethre. La vessie étoit épaisse et avoit la figure d'une cornemuse. Ces deux tumeurs étoient carcinomateuses.

Flurant, chirurgien de Lyon, a proposé de faire chez les femmes la ponction de la vessie par le vagin, au lieu de la faire au dessus du pubis. L'anatomie fait voir la possibilité et le succès de cette opération qu'il est facile d'exécuter avec un troicart courbe. L'expérience n'a pourtant rien encore prononcé sur cette matière. On ne peut point dire lequel des deux procédés est préférable à l'autre. Les faits manquent absolument et les occasions de les recueillir sont extrêmement rares. Dans quelques cas particuliers on a incisé la partie supérieure

du vagin pour extraire par ce canal des pierres contenues dans la vessie. Mais cette opération insolite n'a pu avoir lieu que lorsque la nature de la maladie indiquoit et exigeoit que dans quelques circonstances extraordinaires l'on s'écartât de la route vulgairement tracée jusqu'à présent.

Le même auteur ayant remarqué en portant le doigt dans le rectum que dans l'ischurie parfaite le fond de la vessie forme une tumeur bien sensible qui comprime cet intestin jusqu'au point de s'opposer à l'évacuation des matières stercorales, imagina de percer avec un troicart le rectum et la vessie pour donner une issue à l'urine. Cette opération a été exécutée plusieurs fois avec succès par l'auteur lui même et par plusieurs autres chirurgiens. On la fait de la manière suivante. Le malade situé horizontalement sur le bord de son lit, les cuisses fléchies, écartées et soutenues par deux aides, on introduit le doigt index de la main gauche graissé d'huile dans le rectum, le plus avant qu'il est possible, au delà de la prostate et jusqu'à ce qu'on touche bien distinctement la vessie. On prend alors de la main

droite un troicart courbe dont la tige et la canule doivent avoir cinq pouces de longeur. On porte ce troicart le long du doigt index gauche qui sert de conducteur et sur lequel appuie et est dirigée la convescité de l'instrument. Pour ne pas blesser le malade et ne pas se piquer le doigt, il faut avant que d'introduire le troicart, retirer un peu le poinçon dont la pointe doit être cachée dans la canule. On pousse ensuite le manche du troicart pour en faire avancer la pointe et faire entrer la tige et la canule tout ensemble dans la vessie de la longeur d'un pouce, au dessus de la prostate, et entre les vesicules séminales. Alors retirant le doigt index gauche de l'anus et le troicart, l'urine s'écoule par la canule qu'il faut soutenir pendant cette évacuation et fixer ensuite avec des rubans de fil passés dans les anneaux qui sont à son extrémité. Ces rubans s'attachent en devant et en arrière à une ceinture placée autour du corps. Pour affermir encore davantage la canule qui ne doit avoir ni platine, ni aile à son extrémité, on ajoute des compresses et un bandage en T. Il est aisé de voir d'après la description de ce procédé qu'il est d'une

exécution difficile, lorsque la glande prostate très tumefiée est la cause principale de l'ischurie. Lors au contraire que la maladie réside dans l'urethre, ou au col de la vessie, la ponction par le rectum est facile et c'est sans doute dans ce dernier cas qu'elle a été faite avec succès. On est privé par cette méthode de l'avantage de donner des lavements au malade qui doit être incommodé de la présence de la canule pendant l'expulsion des matières stercorales.

Quelque ingénieuse que soit l'opération de Flurant, la ponction de la vessie au dessus du pubis méritera toujours la préference sur celle du rectum, et l'aura sans doute en ce qu'elle est plus simple, plus facile à exécuter et moins incommode pour le malade. Au reste c'est au chirurgien à se déterminer d'après les circonstances particulières pour tel, ou tel procédé. Quelque soit celui que l'on employe, aucun n'est dangéreux. Le danger le plus grand n'est point dans l'opération, mais dans la timidité ou la fausse espérance du chirurgien qui croit toujours pouvoir venir à bout de franchir l'obstacle qui s'oppose à l'introduction de la sonde et à l'écoulement libre

de l'urine. En différant d'opérer, on perd un temps précieux, et lorsqu'enfin on se détermine à faire la ponction, l'on n'en retire pas tout le succès qu'on doit naturellement en attendre. Le malade est d'abord soulagé, mais il périt peu de temps après des suites de sa maladie à laquelle on a porté trop tardivement le remède vraiment efficace. Dans toute rétention d'urine, l'indication est précise et urgente : il faut absolument évacuer ce fluide excrémentitiel qui par son séjour dans une vessie malade contribue encore à rendre les accidents plus graves. La perfection de l'art consiste donc à reconnoître l'impossibilité absolue de vuider la vessie par l'introduction de la sonde et à faire alors la ponction le plutôt possible. Celle qui se fait au dessus du pubis me paroit mériter la préférence.

CHAPITRE XVII.

De la Pierre dans la vessie.

Il se forme dans différentes parties du corps humain des concrétions pierreuses. Celles qui sont solides, salines et composées

des éléments de l'urine unis à une matière muqueuse se nomment calculs ou pierres urinaires. Ces calculs se forment dans les reins, dans les uretères, dans la vessie et dans le canal de l'urethre. On en trouve aussi hors de ces canaux, lorsque l'urine y a pénétré et séjourné.

L'homme et les quadrupedes sont exposés à cette maladie qui est plus fréquente dans les pays froids et humides que dans les pays chauds. Les enfants et les vieillards y sont plus sujets que les adultes, et les femmes moins que les hommes. La vie sédentaire, l'abus des plaisirs lascifs, celui du vin, la goute disposent à cette maladie. L'exercice, la vie sobre, la continence, l'usage des boissons aqueuses et diurétiques en éloignent la cause. Il n'est point prouvé que ceux qui boivent habituellement de l'eau de puits, ou d'une eau séléniteuse et qui produit naturellement des stalactites soient plus sujets à la pierre que ceux qui font usage d'une eau courante et légère. Il y a une analogie assez marquée entre la goute et le calcul. Un air humide, un lieu marécageux produit ordinairement des affections gouteuses et rhumastimales:
et

et dans les lieux où la pierre est commune, il y a beaucoup de personnes attaquées de la goute. Néanmoins les concrétions qui se forment dans les jointures des gouteux sont d'une nature différente de celles qui se forment dans les reins et dans la vessie (1).

Le volume des pierres urinaires varie en raison de leur séjour dans les parties qui les contiennent et de l'abondance de la matière sédimenteuse. Il y en a de petites, de médiocres et de grosses. Elles sont pour la plupart ovales. J'en ai vues qui étoient rondes et applaties : d'autres étoient cylindriques, triangulaires; quelques unes avoient la figure d'un champignon. Les unes ont une surface lisse et polie, les autres sont grenues et rudes au toucher. Quelques unes ont des tubercules et sont hérissées de plusieurs petites pointes semblables à celles de la mûre, et c'est pour cette raison qu'on les nomme mûrales. Lorsque plusieurs

(1) Voyez le Traité des maladies des voies urinaires par le professeur Chopart, Ouvrage dans lequel on trouve les notions les plus exactes sur la formation des pierres de la vessie.

pierres sont contenues dans la vessie, le contact et le frottement qu'elles éprouvent entre elles leur impriment différentes surfaces lisses et polies, plus ou moins larges, concaves, ou convexes et qui représentent une espèce d'articulation. Aussi l'extraction d'une pierre sur laquelle on remarque une semblable facette annonce-t-elle avec certitude qu'elle n'est point unique dans la vessie. Celles qui sont très volumineuses ont une canelure, ou rigole que l'urine y forme par son passage continuel. Je n'ai vu de pierres trouées, ou percées dans leur centre que dans les reins, ou dans les uretères. Quant à leur couleur, les unes sont blanchâtres, plâtreuses, molles et comme crétacées. Les autres sont dures, jeaunâtres, brunes, rougeâtres et noirâtres. Leur poids n'est pas le même. Il y en a de légères, et il y en a de très pésantes. Une pierre qui pèse deux onces est une grosse pierre. Quelques unes ne pèsent que deux, trois, ou quatre gros. D'autres pèsent plusieurs onces. Toutes diminuent de leur poids en les exposant pendant quelque temps à l'air libre. Tolet (1) dit en avoir vu une qui

(1) Traité de la Lithotomie, chap. 6, page 36.

pesoit vingt-huit onces, et une autre qui pesoit trente-deux onces et six gros. Il ajoute qu'au mois de juin 1690, dans l'hôpital de la Charité à Paris, on trouva dans la vessie d'un cadavre une pierre qui pesoit cinquante et une onces. Celui qui la portoit étoit agé de quarante huit ans et se nommoit Jacquier : il étoit curé de la Paroisse de Lochi pres Bourges. Depuis son enfance ce malade s'étoit plaint des douleurs de la pierre. Elle avoit la consistence et la couleur du marbre blanc, un peu mêlé de gris, oblongue et semblable à un melon. Les douleurs que cet homme ressentoit n'étoient pas continuelles. Il pouvoit se livrer de temps en temps au plaisir de la chasse et quelquefois il urinoit sans beaucoup souffrir.

Presque toutes les pierres urinaires sont composées d'un noyau, de plusieurs couches concentriques épaisses et d'une écorce qui est mince. On distingue aisément ces

---

— On a retiré de la vessie urinaire d'une femme, après sa mort, une pierre qui pesoit 33 onces 3 gros et 33 grains. Voyez philosoph. transact. ann. 1750, pag. 598.

trois substances qui sont homogenes, en sciant une pierre suivant sa longueur. Quelques unes telles que les murales et celles qui sont blanches, molles et plâtreuses présentent une texture différente et paroissent être formées de plusieurs sables ou graviers adhérents les uns aux autres et amoncelés sans ordre. Le noyau d'une pierre vient de l'intérieur du rein d'où il descend par l'uretère dans la vessie et il est alors primitivement formé par un gravier, ou par un caillot de sang, ou par une mucosité épaissie unie à un sédiment terreux: ou bien il vient du dehors et a été introduit accidentellement dans la vessie. C'est ainsi qu'une bale de fusil, un bout de sonde, de bougie, ou tout autre corps étranger introduit dans la vessie donne naissance à une pierre dont l'accroissement ne se fait pas avec une égale promptitude dans tous les individus.

Les signes qui indiquent la présence d'une pierre dans la vessie sont ceux qui suivent. Le malade éprouve habituellement une sensation douloureuse au col de la vessie, à l'extrémité de la verge et un sentiment de pésanteur au rectum. Cette douleur

augmente et devient insupportable par l'exercice à pied, à cheval et en voiture. Il a de fréquentes envies d'uriner, il urine peu à la fois, avec douleur et souvent goutte à goutte. Quelquefois l'urine sort d'abord à plein jet et s'arrête ensuite tout à coup, la pierre bouchant l'orifice du col de la vessie. Ce n'est qu'en changeant de position et en déplaçant la pierre que l'urine continue de couler, sans qu'on puisse néanmoins en expulser les dernières gouttes. Quelquefois elle est claire : ordinairement elle est épaisse, trouble et contient une mucosité blanchâtre, gluante, semblable à du blanc d'œufs. C'est le mucus de la vessie dont la sécrétion est augmentée par l'irritation que cause la pierre sur cet organe. Si la maladie est ancienne et le malade agé, ce mucus se déprave et devient puriforme. Ceux dont la pierre est inégale et raboteuse, ou qui ont des vaisseaux variqueux au col de la vessie, pissent du sang. Les enfants crient en urinant, croisent les jambes et se tirent continuellement la verge.

Quoique tous ces signes annoncent qu'il y a une pierre dans la vessie, quoiqu'on puisse même la sentir, quand elle est un peu vo-

lumineuse, en introduisant un doigt dans le rectum, on ne doit cependant pas en certifier l'existence, sans avoir préliminairement sondé le malade, une ou plusieurs fois.

On le sonde debout, ou couché, et autant qu'il est possible avant qu'il ait uriné. La sonde étant introduite, on l'agite doucement en différents sens et surtout vers le bas fond de la vessie où la pierre est ordinairement située et où elle produit avec le temps une légère dépression dans l'endroit que l'on nomme le trigone vésical. On incline le malade sur le côté droit, ou sur le côté gauche, on le fait tenir debout après l'avoir sondé étant couché, afin de découvrir par ces différents mouvements la présence de la pierre. Quand elle est petite et située dans le bas fond de la vessie, vers le col, où elle est ordinairement, la sonde introduite avec vitesse passe par dessus, sans qu'on puisse la trouver d'abord et la sentir. Quelquefois la glande prostate très tuméfiée dans les vieillards, forme une éminence considérable derrière laquelle la pierre se cache. Il en est de même du col de la vessie quand il

est excessivement tuméfié. Alors si la vessie est vuide d'urine, il est nécessaire d'y injecter par l'algalie cinq ou six onces d'eau de guimauve tiede, afin de trouver la pierre qui se déplace par la présence du fluide et par les différentes situations que l'on fait prendre au malade.

C'est à cause de la nécessité où l'on est quelquefois d'injecter dans la vessie de l'eau de guimauve, ou de l'eau de graine de lin, que plusieurs praticiens préfèrent de sonder d'abord le malade plutôt avec un algalie, qu'avec une sonde d'acier, ou d'argent, pleine et solide. La seule attention qu'on doit avoir, quand on se sert de l'algalie, est d'en boucher avec le pouce l'ouverture extérieure, pendant qu'on la fait mouvoir dans la vessie, afin de ne pas être en erreur par le choc, ou la collision de l'air, s'il entroit par cette ouverture. Quand on touche la pierre avec la sonde, la percussion qui en résulte est très sensible pour le chirurgien et même pour le malade : et il est difficile de se tromper en pareil cas, pour peu qu'on ait d'habitude Ceux qui en manquent doivent se la procurer en s'exerçant à sonder des cadavres dans la vessie desquels ils auront

introduit des pierres de différent volume.

Plusieurs causes peuvent cependant induire le chirurgien en erreur. Tantôt il croit sentir une pierre qui n'existe point : et tantôt il ne la trouve point, quoiqu'elle existe. Chéselden a fait trois fois l'opération de la lithotomie à des malades qui n'avoient pas la pierre, quoique cet homme célèbre eut affirmé avant l'opération qu'elle existoit. Une méprise aussi considérable doit servir à nous rendre très-circonspects. Dans ces cas douteux et équivoques, il faut sonder plusieurs fois le malade et à différents intervalles avec une sonde pleine et avec une sonde creuse, jusqu'à ce qu'on ait enfin acquis sur son état toute la certitude possible.

Un jeune homme âgé d'environ vingt ans avoit depuis cinq à six ans tous les signes de la pierre dans la vessie. Je le sondai, la vessie me parut grande, ou plutôt très-profonde, car la sonde dont je me servis, quoique fort longue, n'atteignit point le fond de la cavité dans laquelle elle étoit introduite. Je ne sentis point de pierre. Quelques jours après, je sondai de nouveau ce malade, la vessie me parut alors fort petite, je sentis très distinctement une

grosse pierre, et la même sonde étoit, à ce qu'il me sembloit, beaucoup trop longue pour un pareil sujet. Obligé d'aller à la campagne pendant une huitaine de jours pour des affaires de ma profession, je confiai ce jeune homme aux soins de deux praticiens très-expérimentés qui le sondèrent à différentes reprises, et qui éprouvèrent les mêmes résultats que ceux que j'avois eus moi-même. Ce malade fut attaqué de rétention d'urine et d'inflammation à la vessie. On le saigna plusieurs fois, on lui fit prendre des bains et les remèdes convenables à son état. Il mourut sans avoir été opéré. J'assistai à l'ouverture de son cadavre qui fut faite en présence d'un grand nombre de personnes de l'art. Le canal de l'urèthre et le col de la vessie étoient sains. Il y avoit dans la vessie une pierre blanche du volume et de la figure d'un œuf de poule. Les parois de ce viscère étoient un peu épaisses. Le tissu cellulaire qui le recouvre extérieurement étoit verdâtre avec signe d'inflammation préexistante. La vessie étoit petite et n'avoit ni kiste, ni cellules, ni appendices. Ses fibres charnues formoient plusieurs saillies assez bien marquées dans

l'intérieur. L'embouchure des uretéres étoit rapprochée du col de la vessie : et ces deux canaux dilatés jusqu'au point qu'il étoit évident que la sonde pouvoit passer très librement du col de la vessie dans l'un ou l'autre des uretères, et induire en erreur le chirurgien le plus expérimenté par cette espèce de fausse route.

Les maladies de la glande prostate, celles du col et même du corps de la vessie, les tumeurs fungeuses, les kistes ou cellules qui s'y forment, produisent des accidents presque semblables à ceux que cause une pierre contenue dans la vessie. Parmi ces tumeurs fungueuses, il y en a qui sont dures, solides et que l'on pourroit prendre pour des pierres molles et crétacées, quand on les touche avec la sonde. Comme il est possible d'avoir tous les signes de la pierre, quoiqu'elle n'existe pas, il est de la plus grande importance de ne prononcer définitivement sur l'état du malade, qu'après avoir fait des recherches long tems continuées et avoir senti distinctement la pierre avec la sonde.

Ces signes illusoires de la pierre dans la vessie se rencontrent aussi dans les femmes

qui ont un renversement transversal ou rétroversion de l'utérus. L'ouverture du corps d'une femme morte à la suite d'une opération de lithotomie qui lui fut faite dans le dessein de la délivrer d'une pierre qu'elle n'avoit pas et que l'on croyoit enkistée, a fait connoître ce cas particulier. On trouva la matrice située en travers dans le bassin, son museau appuyant sur la partie moyenne du rectum, et le haut de la partie antérieure de son corps sur le bas fond de la vessie, faisant bosse au-dedans de ce viscère en y repoussant ses tuniques, bosse que l'on avoit prise du vivant de cette malheureuse pour une pierre enkistée qu'on ne pouvoit toucher à nud avec la sonde. On avoit d'autant plus aisément été induit en erreur, qu'au dire de toutes les personnes que cette malade avoit appellées à son secours, elle avoit la plupart des signes de la pierre. L'ouverture du cadavre prouva qu'elle n'avoit eu la vessie malade à aucun égard et que le déplacement de la matrice avoit fait toute la maladie. Cette femme qui étoit âgée de trente ans avoit fait une chûte sur ses genoux environ dix ans avant sa mort. Depuis l'instant de cette chûte, elle s'étoit plainte

d'une difficulté habituelle d'uriner et de rendre ses excréments. Elle avoit une douleur constante et plus ou moins forte dans la partie inférieure du bas ventre, sur-tout lorsqu'elle restoit long tems debout. Cette femme n'avoit jamais eu d'enfant et n'avoit jamais été bien reglée.

Levret dit avoir été consulté en 1743 pour une femme âgée de cinquante ans, et qui avoit eu plusieurs enfants. Depuis environ un an, elle sentoit des douleurs sourdes dans le bas-ventre accompagnées de pesanteur sur le rectum, sur tout lorsqu'elle avoit besoin de rendre ses excrémeuts. Elle urinoit souvent avec peine. Ses urines étoient glaireuses, ardentes et pleines de sédiment graveleux. La région de la vessie étoit tendue et très-douloureuse, sur-tout du côté des aines où elle disoit sentir deux espèces de cordes qui l'obligeoit de fléchir les cuisses lorsqu'elle étoit couchée et de se pencher en devant lors-qu'elle était levée. Cette femme assuroit que toutes les fois qu'elle se tenoit debout, elle sentoit tomber un corps dur dans la vessie, ce qui produisoit le besoin d'uriner avec l'impossibilité de le satisfaire. Lorsqu'elle étoit couchée, ce

corps se retiroit et les urines s'écouloient alors avec beaucoup moins de difficulté. Un homme de l'art fut consulté et pensa que cette femme avoit une pierre dans la vessie. La sonde y ayant été introduite, il crut sentir un corps dur et comme charnu : il pensa qu'une excroissance quelconque, un fungus étoit la cause de la maladie. Mais d'après le conseil de Levret, le doigt ayant été introduit dans le vagin, on ne put toucher le col de la matrice quoique le rectum fut vide et la femme située horizontalement. En portant le doigt dans le rectum, on sentit aisément la tumeur que formoit le museau de la matrice située transversalement. Elle fut réduite et maintenue dans sa rectitude naturelle par l'usage constant d'un pessaire. Dès lors la maladie de la vessie disparut pour toujours.

Une fille âgée d'environ quarante-cinq ans, fut attaquée d'une semblable rétroversion de la matrice. Elle éprouvoit de vives douleurs dans le bas-ventre, principalement dans la région de la vessie. Elle ne pouvoit uriner lorsqu'elle étoit debout. Ses douleurs diminuoient quand elle étoit couchée. Croyant avoir la pierre, elle se fit

sonder. On n'en trouva point, mais on sentit avec le bout de la sonde un corps dur et rond qui n'étoit point naturel à ce lieu. *Levret* ayant été consulté, réduisit la matrice, la maintint en place à l'aide d'un pessaire, et par ce moyen guérit cette fille des douleurs qu'elle ressentoit à la vessie (1).

La pierre est ordinairement roulante dans la vessie et se déplace à chaque mouvement que fait le malade. On s'assure de sa mobilité par l'aveu du malade lui-même qui sent la pierre se déplacer, et encore par la sonde qui la touche tantôt dans un endroit et tantôt dans un autre. Quelquefois aussi, elle n'est point susceptible de se déplacer, étant enfermée dans une poche ou kiste. On la nomme alors pierre enkistée. Ces sortes de pierres dont Franco, Paré et Covillard ont parlé les premiers, causent en général moins de douleur que celles qui sont mobiles. La sonde les touche toujours au même endroit. Elles sont situées derrière le pubis et enfermées dans une espèce de chaton, ou arrêtées dans

---

(1) Journal de Médecine, ann. 17[illegible].

l'embouchure de l'uretère, ou logées dans une cellule formée par les membranes de la vessie dont elles sont quelquefois recouvertes presque en totalité. C'est par un abus de mots qu'on a donné le nom de pierres adhérentes à ces sortes de pierres. Il est plus convenable de les nommer pierres enkistées.

L'existence de la pierre dans la vessie étant bien constatée, on doit, autant qu'il est possible, en estimer le volume avec la sonde et par l'introduction du doigt dans l'anus, et tâcher de reconnoître si elle est unique ou s'il y en a plusieurs, si elle est mobile ou enkistée, si la vessie est saine ou malade.

Depuis les temps les plus reculés, on a vanté différents médicaments auxquels on a attribué la vertu de dissoudre la pierre, et qu'on a nommés par cette raison remèdes *lithonthryptiques*. Dans ces derniers temps, on a recommandé l'usage de l'eau de chaux, du savon, de l'alkali caustique, de la racine de pareira brava. On a injecté différentes liqueurs dans la vessie : mais toutes les expériences que l'on a faites n'ont servi qu'à prouver qu'il n'existe point un remède

qui ait la propriété de dissoudre la pierre, l'opération de la lithotomie étant le seul remède efficace contre cette maladie.

Quand cette opération est faite avec méthode et dextérité, elle réussit presque toujours, principalement dans les enfants qui, délivrés par l'extraction de la pierre de la douleur qui les tourmentoit, ne sont point agités par l'incertitude du succès. Il n'y a qu'un seul cas qui leur soit défavorable et quelquefois mortel, c'est celui des vers dans les intestins, maladie à laquelle les enfants des pauvres et sur-tout ceux de la campagne sont très-sujets. Aussi est-il indispensablement nécessaire de les purger et de leur donner des remèdes vermifuges pendant plusieurs jours avant que de les opérer. L'âge le plus tendre auquel on puisse faire cette opération, est celui de deux à trois ans. L'on peut même d'autant mieux la différer, que la vessie est saine, la pierre fort petite et les accidents nullement pressants.

Elle réussit en général beaucoup mieux sur les jeunes gens et sur les personnes un peu avancées en âge et d'un tempérament foible, que sur celles qui sont dans la vi-

gueur

gueur de l'âge et d'un tempérament robuste. Il suffit que la constitution du malade ne soit pas ruinée, que la vessie soit saine, la pierre mobile et d'un volume médiocre pour assurer le succès de l'opération. Dans le cas contraire, il vaut mieux s'en abstenir et diminuer les douleurs par des boissons mucilagineuses, par des lavements, des bains, par l'opium et par l'usage du lait pris pour toute nourriture, que d'exposer le malade à une mort presque certaine. L'expérience prouve que des vieillards de quatre-vingts ans, et d'ailleurs sains, ont subi très-heureusement cette opération, parce que la vessie étoit saine, la pierre mobile et d'un volume médiocre.

Le temps convenable pour opérer est d'élection ou de nécessité. Il est d'election quand la maladie permet de prendre un délai plus ou moins long, et alors on opère communément dans le printems et dans l'automne. Il est de nécessité, lorsque les accidents sont pressants et lorsque la douleur est si vive et si continue, que l'on risqueroit de faire périr le malade d'épuisement, si l'on différoit de l'opérer. L'été est la seule saison qui soit absolument dé-

favorable : la perte du sang, même médiocre, pendant les grandes chaleurs, suffit pour faire périr un malade naturellement foible et exténué par de longues douleurs. L'hiver n'offre pas un obstacle absolu au succès de l'opération que l'on suppose être urgente, lorsqu'on prend la précaution de bien échauffer la chambre du malade et d'entretenir la chaleur au même dégré à l'aide d'un thermomètre.

Si la vessie est saine, si les reins ne sont point en supuration, si le malade n'a point de fièvre lente, s'il ne rend point de pus avec ses urines, il faut l'opérer sans délai, pour peu que les douleurs se fassent sentir. En différent l'opération, la pierre grossit, la vessie s'ulcère et le malade dépérit S'il est tourmenté par la goute ou par la colique néphrétique, on doit attendre la fin de l'accès avant que de procéder à l'opération. J'ai dit qu'elle réussissoit mieux en général sur des sujets un peu foibles que sur ceux qui sont très-robustes. J'ajoute à cette remarque que ceux qui ont beaucoup d'embonpoint et qui ont le ventre chargé de graisse, sont très-ordinairement attaqués de vomissements bilieux ou de déjections

bilieuses très-abondantes par l'anus qui les font périr peu de jours après avoir été opérés. Il se déclare une fièvre bilieuse-putride qui les tue presque tous. Il est donc absolument nécessaire de les préparer long-tems avant que de les opérer. Il faut les faire vomir, les purger, diminuer peu-à-peu la quantité de leurs aliments, et ne les opérer que quand ils sont sensiblement maigris. Dans aucun cas, la saignée ne convient avant l'opération, parce qu'on peut toujours la faire utilement quand elle est nécessaire, après l'extraction de la pierre, et parce que l'hémorrhagie est toujours à craindre. Il est donc vrai de dire que ce qu'on appelle la préparation à l'opération de la taille, doit être longue pour les uns et courte ou presque nulle pour les autres. Il suffit en général de purger doucement le malade une fois ou deux, selon les circonstances, de le tenir pendant une huitaine de jours à un régime adoucissant et humectant, de lui donner peu d'aliments, de lui faire prendre quelques bains tièdes, et de ne point l'opérer le lendemain, mais le surlendemain du jour où il a été purgé. Trois heures avant l'opération, il prendra un

lavement, afin de vider l'intestin rectum. On aura soin de faire raser le scrotum et le périné. On choisira une table épaisse et solide, haute d'environ trois pieds et demi, plus longue que large, sur laquelle on étendra un matelas recouvert d'un drap plié en plusieurs doubles. Le malade sera situé horizontalement sur cette table, la tête fléchie sur la poitrine et soutenue par un oreiller. Cette table sera située vis-à-vis la fenêtre de la chambre et de manière que la partie sur laquelle se fait l'opération soit bien éclairée, les fesses avancées et appuyées sur le bord de la table. La situation la meilleure à donner au malade pendant l'opération, est celle qui est horizontale. En le situant ainsi, la partie sur laquelle le chirurgien opère est bien découverte, elle se présente de manière à rendre ses mouvements libres et l'introduction des tenettes dans la vessie facile. On donnoit autrefois au malade une situation très oblique qui gênoit les mouvements de l'opérateur et qui ne contribuoit point, comme on le croyoit faussement, à la sortie de la pierre. On mettra sur le plancher et au-devant de la table, un grand plat rempli

de sable, de sciure de bois ou de cendres pour recevoir le sang et l'urine qui s'écoulent pendant l'opération. On aura un vase dans lequel sera une décoction émolliente tiéde, en cas qu'il soit nécessaire d'injecter la vessie. Un autre vase contiendra de l'huile pour y tremper les instruments qui seront rangés par ordre sur un plat couvert d'une serviette, afin qu'ils ne s'ébrèchent point et qu'on puisse les prendre et les remettre sur le même plat sans bruit. L'opération doit toujours être faite le matin au grand jour et jamais le soir à la lumière artificielle, comme l'ont proposé quelques personnes qui n'ont eu d'autre intention que celle de faire parade d'une vaine dextérité. On cachera au malade, autant qu'il sera possible, le jour et l'heure où l'on doit l'opérer, afin de diminuer ses craintes et ses inquiétudes.

CHAPITRE XVIII.

De l'Opération de la Taille dans l'homme.

ON faisoit cette opération dès le temps d'Hippocrate, environ 460 ans avant l'ère

vulgaire, mais nous ne savons point comment on la faisoit. Celse est le premier de tous les auteurs anciens qui l'ait décrite. Il nous dit qu'on ne doit jamais se presser de l'entreprendre, parce qu'elle est très-dangereuse. On ne doit point, selon lui, y procéder en tout temps, ni à tout âge, ni dans toutes sortes de cas, mais seulement au printems et sur les enfans depuis l'âge de neuf ans jusqu'à celui de quatorze, lorsque les douleurs sont si violentes, qu'elles ne peuvent être calmées par aucun remède, et que le malade est en danger de périr pour peu que l'on diffère. Voici comment il décrit l'opération qui porte son nom, et que l'on appelle encore le *petit appareil*.

Un homme robuste s'assied sur un siège élevé, prend l'enfant sur ses genoux et lui écarte les jambes. Le chirurgien introduit le doigt index et celui du milieu de sa main gauche dans l'anus de l'enfant pour saisir la pierre et la conduire vers le col de la vessie. On fait ensuite à la peau, près l'anus, une incision sémilunaire jusqu'au col de la vessie.

Les extrémités de cette incision doivent être un peu tournées vers les cuisses. Dans

la partie la plus basse et la plus étroite de cette incision, on en fait, sous la peau, une seconde transversale qui ouvre le col de la vessie, de façon que l'ouverture soit un peu plus grande que la pierre n'est grosse. Cette seconde incision faite, on apperçoit la pierre. Si elle est petite, on la pousse avec les doigts de la main gauche introduits dans l'anus et on la tire avec ceux de la main droite. Si elle est grosse, on en fait l'extraction avec un crochet.

Quoique ce procédé de Celse soit, presque inintelligible et même contraire à toutes les notions anatomiques, il est probable qu'il a cependant été suivi pendant plusieurs siècles. Long-tems après Celse, Paul d'Égine a dit bien positivement qu'il ne falloit faire qu'une incision un peu oblique, non-pas au raphé, mais à la partie lattérale gauche du périné ; il ne parle point de l'incision transversale. Albucasis a repété ce que Paul d'Égine avoit dit sur l'incision faite au périné du côté gauche, mais il veut que cette incision soit transversale.

Enfin un chirurgien de la ville de Crémone, nommée *Jean-de-Romanis*, né à *Casal-Maggiore*, imagina un procédé tout

nouveau et beaucoup plus méthodique que celui que l'on avoit suivi jusqu'alors. Ce nouveau procédé auquel on a donné dans la suite le nom de *grand appareil*, à cause du grand nombre d'instruments dont on se sert dans cette méthode, fut rendu public en 1535 par Marianus-Sanctus, disciple de Jean-de-Romanis et médecin de Rome. Son ouvrage a pour titre : *Libellus Aureus de lapide a vesica per incisionem extrahendo.* C'est dans cet ouvrage que l'on voit pour la première fois la figure du cathéter ou sonde canelée, que l'auteur nomme *itinerarium* et dont la nécessité, quoique indispensable pour guider la main du chirurgien pendant l'opération, n'avoit pourtant point encore été pressentie par personne. L'instrument tranchant dont il recommande de se servir pour inciser les parties, ressemble à un bistouri droit, un peu large, tranchant d'un seul côté, mais assez pointu pour glisser aisément dans la canelure de la sonde. On trouve encore dans le même ouvrage la figure du conducteur mâle et du conducteur femelle, du dilatateur, des tenettes, du bouton et de la curette. Le cathéter introduit dans la vessie

et tenu de la main gauche par celui qui opère, on incise les téguments et la partie antérieure et inférieure de l'urèthre longitudinalement, au côté droit ou gauche du raphé. Cette incision faite et la canelure de la sonde bien découverte, le chirurgien se sert successivement de ses conducteurs et de son dilatateur avec lesquels il élargi le col de la vessie qui n'a pas été incisé. Après l'avoir long-tems dilaté, il introduit enfin sa tenette dans la vessie, charge la pierre et ne l'extrait, pour peu qu'elle soit grosse, qu'avec beaucoup d'effort, à cause de la résistance presque insurmontable qu'offre le col de la vessie. C'est ainsi que Jean-de-Romanis faisoit l'opération de la lithotomie au commencement du seizième siècle : et c'est ainsi qu'on la pratiquée dans toute l'Europe jusque vers la fin du siècle dernier. Ces dilatations déchirantes de l'urèthre et du col de la vessie, ces contusions de la glande prostate et des vésicules séminales, inséparables de la méthode de Jean-de-Romanis, ont été la cause d'une multitude d'accidents souvent mortels. L'inflammation, la gangrenne, l'incontinence d'urine, l'ouverture du rectum, les fistules

du périné ont été le résultat le plus ordinaire de cette manière d'opérer.

Un hermite français qui se faisoit appeller le frère Jacques-de-Baulieu, dirigé d'abord par un empirique nommé Poloni, qui pratiquoit le grand appareil sur les enfants et sur les adultes, instruit ensuite par les anatomistes les plus célèbres de l'Europe, publia en 1702, à Paris, un petit écrit de huit pages, intitulé : *Nouvelle méthode de tailler et tirer la pierre de la vessie.* Cette nouvelle méthode est *l'appareil latéral,* ainsi nommé parce que l'incision des parties se fait obliquement au périné du côté gauche. Voici en peu de mots comment cet hermite conseille d'opérer. Il introduit d'abord une sonde canelée dans la vessie et la tient lui-même de la main gauche, il coupe ensuite obliquement les téguments entre le muscle ischio-caverneux et le bulbo caverneux, du côté gauche, puis il incise une portion de l'urèthre et le col de la vessie. Il introduit dans la plaie un conducteur sur lequel il glisse des tenettes avec lesquelles il charge et extrait la pierre. C'est en procédant ainsi que le frère Jacques-de-Baulieu dit avoir

taillé avec succès au moins quatre mille cinq cens malades. Rau, en Hollande, Cheselden, en Angleterre, et après eux, tous les chirurgiens adoptèrent l'appareil latéral. L'expérience et les connoissances anatomiques les plus positives, ont prouvé en effet que ce procédé opératoire est la vraie méthode que l'on doit suivre pour extraire avec le moins de danger possible une pierre contenue dans la vessie.

Je vais décrire plus amplement cette opération et faire connoître les instruments que l'on doit employer pour la bien faire.

Le malade étant situé *horizontalement* sur la table qui doit servir à l'opération, il faut d'abord tremper le cathéter dans l'huile et l'introduire dans la vessie. On ne commencera point par lier le malade pour le sonder ensuite, comme quelques praticiens ont coutume de le faire mal-à-propos. L'attitude gênante dans laquelle il se trouve, quand il est lié, n'est nullement favorable à l'introduction du cathéter dont le passage est quelquefois difficile dans certains individus, à cause du spasme qu'ils éprouvent ou par l'état morbifique de l'urètre et du col de la vessie. Un cathéter bien fait doit

avoir une courbure beaucoup plus grande que celle de l'algalie ou sonde ordinaire. L'extrémité qui suit la courbure doit être longue et presque droite, afin qu'elle ne sorte pas de la vessie pendant les mouvements qu'on fait faire à l'instrument. Sa canelure doit être large et profonde, et terminée par un cul-de-sac ou vive arrête. Son manche doit avoir une plaque un peu large et non un anneau, afin que celui qui le tient puisse le fixer avec facilité. Le cathéter introduit et l'existence de la pierre bien constatée, il faut lier le malade. On peut le lier de deux manières différentes qui sont également bonnes. La première est celle de Ledran : elle consiste à prendre un morceau de lisière de drap, large de deux pouces, long d'environ deux pieds. On coud ensemble les deux bouts de cette lisière. Ainsi cousue et pliée en deux, elle n'a plus qu'un pied de longueur. On passe dans ce lien un nœud coulant fait de pareille étoffe, qui peut s'éloigner et se rapprocher à volonté. Le lien décrit alors un huit de chiffre, le nœud n'étant pas fixe, mais mobile vers l'une ou l'autre extrémité. Chacun des deux aides, l'un à droite et

l'autre à gauche, passe une des mains du malade dans l'un des bouts de chaque lien et l'assujettit avec le nœud coulant près le poignet. On fait passer ensuite l'autre bout du lien dans le pied en forme d'étrier. Chaque aide passe alors une de ses mains entre le bras et le jarret du malade, tandis qu'avec l'autre main il soutient le pied.

Dans la seconde manière de lier un malade, on prend un tissu de laine ou de coton dont les fils un peu gros sont tricôtés lâchement, comme un filet de pêcheur. Ce tissu ou cette bande de laine doit avoir six à sept pieds de longeur et un demi pied de largeur. On la fait de laine ou de coton et non de soie, afin qu'elle ne meurtrisse pas le poignet et le pied du malade, quand elle est appliquée. Chaque aide prend un lien semblable, le plie en deux suivant sa longueur, entoure le poignet du malade pour former une anse dans laquelle il fait passer en manière de nœud coulant les deux extrémités ou les chefs du lien. Il fait ensuite appliquer la main du malade ainsi liée sur la melléole externe, pour l'y attacher avec les deux extrémités

du lien qui se croisent sur la partie inférieure de la jambe.

La sonde introduite, le malade lié et situé horizontalement, avec l'attention très-essentielle que le jour tombe directement sur les parties qu'il faut inciser, on fera avancer le corps du malade sur le bord même de la table, de manière que le bassin qui doit être élevé, ne pose point en totalité sur la table, mais soit un peu en-dehors, afin que les instruments et les mains de l'opérateur agissent librement sur le périné. Un aide situé à la droite du malade relèvera le scrotum avec la main gauche, sans le comprimer. Deux autres aides situés lattéralement, un de chaque côté, soutiendront les extrémités inférieures, tandis qu'un quatrième placé à la droite de celui qui opère, tiendra les instruments rangés par ordre sur un plat. L'opérateur se tiendra debout entre les cuisses du malade que l'on suppose être écartées autant qu'il est possible qu'elles le soient. Il tiendra lui-même le cathéter avec sa main gauche, le pouce appliqué en-dehors sur la plaque ou manche de l'instrument, et les quatre

autres doigts appuyés en dedans en opposition avec le pouce. Il est très-important que l'opérateur tienne lui-même sa sonde et en dirige à sa volonté tous les mouvements qui doivent s'accorder avec ceux de la main droite, laquelle tient l'instrument tranchant. C'est par timidité ou par défaut d'expérience, que quelques chirurgiens n'osent pas tenir eux-mêmes la sonde et la confient à un aide qui relève le scrotum. Ils se privent d'un très-grand avantage bien évident pour tous ceux qui ont l'habitude d'opérer. On ne sauroit donc trop repéter aux jeunes praticiens qu'il doit y avoir dans cètte opération un accord bien réel entre la main gauche qui tient la sonde et la main droite qui opère. La sonde sera un peu inclinée vers l'aine droite, sans que sa courbure appuie trop fort sur le périné du côté gauche, jusqu'au point d'être apparente. Il suffit de pouvoir la sentir à travers les téguments, sans chercher à en suivre la trace ou la courbure dans la première incision que l'on doit faire obliquement au périné du côté gauche. Cette incision doit àvoir trois pouces de longueur dans les adultes. Il est absolument nécessaire qu'elle

soit beaucoup plus grande que l'incision interne par laquelle on entame le col de la vessie et la prostate. Au reste il convient de la proportionner à l'âge du sujet. On la commencera près le raphé, du côté gauche, un pouce au-dessous de l'endroit où finit le scrotum, dans une direction un peu oblique et on la conduira entre l'anus et la tubérosité de l'ischion, mais plus bas que l'anus. On fera cette première incision hardiment et d'un seul trait d'instrument tranchant. Quand elle est bien faite, la peau et tout le tissu cellulaire doivent être nettement et profondément coupés, même dans les personnes grasses. Une incision trop petite rendroit le reste de l'opération difficile et nuiroit à l'extraction de la pierre. Cette incision des téguments doit correspondre à l'intervalle qui est entre le muscle bulbo-caverneux et le muscle ischio-caverneux. On doit donc la faire plutôt anatomiquement, si je puis m'exprimer ainsi, qu'en suivant au hasard la direction que présente la courbure de la sonde qui feroit saillie sous les téguments. Cette première incision faite, l'opérateur, sans quitter son instrument, portera le doigt index de

sa main droite dans le fond de la plaie pour chercher la canelure de la sonde qu'il inclinera toujours vers l'aine droite, en la tirant un peu en haut ou perpendiculairement, afin de tendre ou de soulever le col de la vessie. Après avoir placé convenablement la sonde, en avoir bien senti la canelure, s'être assuré de la position du bulbe de l'urèthre afin de l'éviter, il plongera la pointe de son instrument tranchant immédiatement au-dessous du bulbe et jusque dans la canelure de la sonde, et il coupera le muscle transverse de l'urèthre, la portion antérieure du muscle releveur de l'anus, la partie membraneuse de l'urèthre, le col de la vessie et la prostate dans presque toute son épaisseur. Une plus grande incision de l'urèthre ne contribuant en rien à la libre extraction de la pierre, et la section du bulbe pouvant exciter une hémorrhagie grave, il faut plonger la pointe de l'instrument dans la partie membraneuse, immédiatement au-dessous du bulbe et jusque dans la canelure de la sonde, afin de couper nettement les parties ci-dessus désignées. Cette seconde incision doit être faite en un seul temps ou mouvement de la main. Pour la

bien faire, la sonde sera, comme on l'a dit, inclinée vers l'aine droite, afin d'éviter la lésion du rectum. L'instrument tranchant ne quittera point la canelure de la sonde dans laquelle on le fera glisser jusqu'au cul-de-sac ou vive arrête, par un mouvement simultané de la main droite avec la main gauche. La pointe de l'instrument ayant glissé dans toute la longueur de la canelure; l'opérateur baissera un peu le manche de sa sonde de derrière et devant, tandis qu'il abaissera sa main droite qui tient l'instrument tranchant pour le dégager d'avec la sonde. Alors il soulèvera cette même sonde, afin de tendre le col de la vessie pour le couper plus aisément. Il l'incisera, ainsi que la prostate, de dedans en dehors, en retirant son instrument. Quand on opère des vieillards, il est nécessaire, pour bien couper le col de la vessie et la prostate, que le tranchant de l'instrument appuie un peu fortement sur ces parties. Cela fait, l'opérateur quittera son instrument et portera le doigt index de la main droite dans le fond de la plaie pour la dilater un peu et pour s'assurer si les parties qui viennent d'être indiquées sont bien

coupées. Si elles ne le sont point suffisamment, parce qu'on n'a pas appuyé autant qu'il est nécessaire le tranchant de l'instrument dans le moment où on le retire du dedans de la vessie au-dehors, on achevra d'inciser le col de la vessie et la prostate qui résistent et qui mettent naturellement obstacle à l'introduction des tenettes et à l'extraction de la pierre.

L'incision étant achevée, et on reconnoît qu'elle est suffisante quand le doigt entre très aisément jusque dans la cavité de la vessie, on conduira sur la canelure de la sonde le bec du gorgeret dans la vessie, on ôtera ensuite la sonde et à l'aide du gorgeret on introduira de bas en haut les tenettes pour saisir la pierre et en faire l'extraction.

Telle est la manière de faire l'opération de la taille dans laquelle, après avoir ouvert les téguments, incisé le muscle transverse, une partie du releveur de l'anus, et mis le bulbe l'urèthre à découvert, on coupe d'abord les parties de dehors en dedans, et ensuite de dedans en dehors lorsqu'on retire l'instrument tranchant.

La crainte d'ouvrir le rectum, la timi-

dité, le défaut d'habitude, la difficulté de faire mouvoir un instrument tranchant dont on ne voit pas le jeu, les accidents qui peuvent résulter de cette opération, l'ont toujours fait regarder comme une des plus graves de la chirurgie. Cependant lorsqu'elle est exécutée nettement par une personne qui a naturellement la main sûre et qui est bien instruite de la position anatomique des parties elle devient très simple et est rarement suivie de danger quand la vessie est saine et la pierre d'un volume médiocre. Le point essentiel est que les parties qui doivent être incisées le soient nettement, afin d'éviter le déchirement, la dilatation forcée et la contusion de ces mêmes parties. L'opération est bien faite quand la tenette entre et sort librement de la vessie. La pierre doit être extraite et non arrachée, ou tirée avec effort. Pour acquérir l'habileté nécessaire, il faut s'exercer souvent sur des cadavres et disséquer ensuite les parties qu'on a coupées, afin de reconnoître si elles l'ont été avec précision.

Il est peu de chirurgiens parmi ceux qui se sont livrés à la pratique de cette opération qui n'ayent imaginé un instrument

particulier pour l'exécuter. Chacun a vanté le sien comme plus commode et plus facile à manier que celui d'un autre. On a même donnée très improprement le nom de *méthode* aux différents *procédés* qu'on a suivis pour inciser les mêmes parties. Mais il n'y a et il ne peut y avoir qu'une seule méthode, c'est celle que nous avons exposée, tandis qu'il peut y avoir différents procédés par lesquels on fait la même opération. Si l'on veut consulter la raison et les règles de l'art, on sera convaincu que pour bien faire l'opération de la taille, il suffit d'avoir un bistouri droit un peu long conduit par une main bien sûre. Ce n'est point l'instrument qui doit faire méchaniquement l'opération, c'est la tête du chirurgien qui doit conduire sa main. Quand on connoit bien la position des parties qu'il faut inciser, l'instrument le plus simple suffit pour les couper méthodiquement. On se servira donc avec utilité d'un scapel, ou bistouri droit invariablement fixé sur un manche léger fait d'ébène ou de bois. Ce bistouri doit être pointu et tranchant d'un seul côté. Sa longeur totale doit être de huit pouces, lorsqu'on opère un adulte, savoir quatre pouces pour le

manche et quatre pouces pour la lame. La largeur de la lame sera d'un demi pouce : elle ne sera point tranchante dans toute sa longueur, il suffit qu'elle le soit dans l'étendue de deux pouces et demi. Le tranchant de cet instrument sera légèrement convexe. On le tiendra de la main droite, comme une plume à écrire, le pouce appuyé sur le côté interne du manche, le doigt index allongé sur le dos de l'instrument et les autres doigts en-dessous : la partie de la lame qui ne coupe point étant appuyée sur l'extrémité du troisième doigt qui ainsi que les autres doit-être allongé.

Le col de la vessie et la prostate étant incisés latéralement, on quittera l'instrument tranchant pour prendre de la main droite le gorgeret dont on fera glisser la pointe, ou le bec dans la canelure de la sonde jusque dans la vessie. On ôtera ensuite la sonde et à la faveur de la goutière que forme le gorgeret qu'il faut tenir alors de la main gauche, on introduira dans la vessie de bas en haut et non pas horisontalement une tenette qui sera fermée et dirigée de manière que les anneaux soient tournés l'un à droite et l'autre à gauche.

Elle sera proportionnée à l'âge du sujet. Les plus petites, celles qui servent pour des enfants de trois à quatre ans doivent avoir un demi pied de longueur : les plus longues dont on se sert pour les sujets les plus grands et qui ont la vessie spacieuse doivent avoir dix pouces et demi de longueur. La tenette introduite dans la vessie, on retirera le gorgeret de la main gauche, et avant que d'ouvrir la tenette, et de la faire mouvoir, on cherchera la pierre. Elle est toujours située, quand elle est mobile, dans le bas fond de la vessie près son col, souvent cachée derrière la prostate, quand cette glande est très-volumineuse. La tenette étant toujours fermée et tenue de la main droite, on en élévera l'extrémité inférieure terminée par deux anneaux, afin de pouvoir toucher la pierre par l'autre extrémité. Quand on l'aura sentie bien distinctement, on prendra la tenette avec les deux mains, les pouces appuyés sur l'ouverture des anneaux et on l'ouvrira par degré, pour que la pierre puisse se placer entre les deux cuilliers. Alors faisant faire à la tenette un demi tour de gauche à droite et de bas en haut, comme par un

mouvement de demi rotation, on engagera la pierre et on la placera entre les deux cuilliers. Ainsi engagée, on en fera l'extraction, en retirant les tenettes de manière que la partie lisse et convexe de chaque cuillier soit tournée l'une à droite et l'autre à gauche. Pour retirer la tenette convenablement, on la tiendra de la main droite au-dessus des anneaux, on appuyera la paume de la main gauche sous le clou qui unit les deux cuillers afin d'en diriger les mouvements. On appuyera inférieurement non pas sur le rectum, mais entre l'anus et la tubérosité de l'ischion, dans la direction de la plaie. On fera faire a la tenette de légers mouvemens d'élévation et d'abaissement et l'on aura l'attention pendant cette opération de faire rapprocher les cuisses du malade l'une contre l'autre, afin de rendre l'extraction du corps étranger plus facile. Elle l'est toujours, quand on a suffisamment incisé le col de la vessie et la prostate : et l'on ne sauroit trop répéter que la pierre doit être extraite et non pas arrachée. Quand elle est un peu grosse, on la sent et on la charge beaucoup mieux que quand

elle est petite. L'attention principale que l'on doit avoir est d'éviter de contondre la vessie par l'introduction réitérée des instruments dans sa cavité. Rien n'est plus fatigant et plus douloureux pour le malade que cet attouchement d'un corps dur contre la parois interne de la vessie. Lorsque l'on n'a pas pu trouver la pierre et la charger du premier coup, il ne faut point s'obstiner à introduire successivement les tenettes, le gorgeret ou le bouton dans la vessie, ce qui l'irriteroit et la rendroit plus étroite par un mouvement spasmodique, car alors plus on cherche la pierre et moins on la trouve, il faut au contraire laisser reposer le malade pendant un moment, porter ensuite le doigt index, ou celui du milieu dans la vessie pour s'assurer de l'endroit où est la pierre, pour connoître son volume et sa figure, car nos doigts sont les meilleurs instruments. La situation de la pierre étant bien connue, il faut porter la tenette directement dans l'endroit où on l'a sentie, afin de la saisir promptement. Quand elle est saisie, l'écartement des branches de la tenette fait juger du volume de la pierre et de la possibilité,

ou de l'impossibilité de l'extraire, selon qu'elle est prise par son grand, ou par son petit diamètre. Si la pierre est mal saisie, si étant oblongue, elle est placée transversalement entre les cuillers de la tenette, de manière a donner aux branches de cet instrument un écartement très-considérable, il faut alors introduire entre l'angle supérieur de la plaie et les tenettes le bouton pour déplacer la pierre et lui donner une direction convenable. En la retirant il faut prendre garde qu'elle n'échappe si elle est lisse et polie, et il faut éviter en même temps qu'elle ne se casse par la pression trop forte de la main droite sur les anneaux. Si la pierre s'échappe des cuillers de la tenette et reste enclavée dans le col de la vessie, de manière à ne pouvoir être saisie ni avec les doigts, ni avec la tenette, on la repoussera très-promptement dans la vessie en appuyant dessus avec l'extrémité supérieure de la tenette, afin de la charger de nouveau et de l'extraire. Si parce qu'elle est molle, elle s'est cassée en plusieurs morceaux, on en ôtera la plus grande partie sur le champ : et pour ne pas fatiguer

le malade et contondre la vessie par l'introduction réitérée des tenettes, du bouton et de la curette, on achevra d'extraire les autres fragments le lendemain de l'opération et même les jours suivans, avec l'attention de faire des injections d'eau de guimauve tiede dans la vessie et de baigner le malade, afin de faciliter la sortie de ces mêmes fragments pierreux que l'action naturelle de la vessie tend à expulser au dehors. « Il y a quelquefois, dit Franco (1), plusieurs pierres dans la vessie. Après en » avoir tiré une ou deux le malade est » foible, il souffre, il perd du sang, il » est dans un danger tel que le chirurgien » n'ose plus continuer son opération : et l'on » a vu des opérateurs qui ont tenu des malades si long-tems entre leurs mains qu'ils » y sont morts. En pareil cas, il vaudroit » mieux faire l'extraction de la pierre en » deux tems ».

Colot dans son traité de la taille, parle aussi de l'opération faite en deux tems. Il dit que lorsqu'un malade est exténué, ou trop fatigué par l'opération qui vient de lui

(1) Traité des Hernies, chap. 32. p. 128 et 138.

être faite, pour pouvoir la soutenir toute entière, on doit différer pendant quelques jours d'extraire la pierre, sur-tout lors qu'elle est lisse et polie et qu'elle ne cause aucune irritation; mais si par son volume, ou ses aspérités, elle occasionne de très-vives douleurs, il faut en délivrer le malade sur le champ, aussi-tôt après avoir fait les incisions nécessaires. Ce n'est donc, continue cet auteur, que dans quelques cas particuliers qu'on doit faire l'opération de la taille en deux tems.

On a voulu depuis peu faire un précepte général d'un cas particulier. On a proposé de ne point extraire la pierre immédiatement après avoir incisé le col de la vessie et la prostate, mais de différer cette extraction jusqu'au troisième ou quatrième jour après l'opération. Alors a-t-on dit, la vessie n'est point dans un état de spasme, la pierre se présente d'elle-même dans le trajet de la plaie, on peut aisément introduire des tenettes dans la vessie et saisir la pierre sans occasionner au malade une douleur très-grande. Mais il me semble qu'on doit avoir de fortes raisons pour ne pas faire sur le champ l'extraction de la pierre tant desirée

de la part du malade, lorsque d'ailleurs rien ne contre-indique cette extraction. Il est vrai qu'une hémorrhagie considérable et qu'il est urgent d'arrêter, que le spasme de la vessie produit par des recherches infructueuses d'où résulte le resserement de ce viscère sur la pierre qui en est pour ainsi dire coiffée, que la difficulté d'extraire d'un seul coup plusieurs petites pierres, ou des fragments pierreux, sont autant de cas particuliers qui obligent de s'écarter de la règle générale, et lorsque le col de la vessie et la glande prostate ont été bien incisés, l'expérience prouve qu'il est possible plusieurs jours après avoir fait cette incision d'introduire encore des tenettes dans la vessie pour en extraire une pierre qu'on a été obligé d'y laisser. Mais souvent aussi on n'a pu faire sur le champ l'extraction de la pierre que parce que l'incision étoit trop petite; et lorsqu'on a essayé quelques jours après de porter une tenette dans la vessie, on a reconnu, mais trop tard, l'impossibilité de l'y introduire pour saisir et ôter le corps étranger. Et de ce que des fragments pierreux laissés dans la vessie, se présentent quelquefois d'eux-mêmes dans le trajet

de la plaie et peuvent être ôtés sans aucune violence, faut il en conclure pour cela qu'on ne doit pas en faire l'extraction quand elle est possible, immédiatement après l'opération? Non sans doute, et l'on doit toujours délivrer promptement le malade d'un corps étranger qui le tourmente, à moins qu'il n'y ait comme on vient de le dire, une contre-indication bien marquée pour ne le pas faire.

Lorsque la pierre est trop grosse pour pouvoir être extraite par la plaie quelque grande qu'on la suppose, tous les auteurs disent qu'il faut la casser afin de l'extraire par parties, ne pouvant pas l'extraire en totalité. Franco a vu souvent ce cas qui en effet devoit être assés commun dans son tems où l'on ne pratiquoit que le grand appareil. Il recommande de se servir de tenettes incisives qu'il a fait représenter et qu'il se félicite d'avoir inventés. Elles sont droites et brisées, l'extrémité des cuillers au lieu d'être arrondie et terminée en bec de canne est tranchante. Paré en a fait représenter qui valent mieux que celles de Franco. Elles ont la forme ordinaire de nos tenettes droites, l'intérieur des cuilliers est

garni de plusieurs dents, ou clous piquants et tranchants, l'extrémité des branches est traversée par une visse semblable à celle d'un étau et que l'on peut serrer à volonté, afin de donner plus de force à l'instrument. Le Cat a donné aussi une description de tenettes propres à briser les pierres. Elles sont absolument les mêmes que celles de Paré dont il ne parle point. C'est une triste ressource que celle d'être obligé de casser une pierre dans la vessie, mais enfin c'en est une. Il vaut encore mieux la casser que de l'extraire toute entière en déchirant et en contondant la prostate, le col de la vessie et en exposant le malade à périr. Si on la laisse dans la vessie et si l'on se détermine quelques jours après à l'extraire par le haut appareil, cette double opération cause toujours la mort du malade épuisé par les tentatives infructueuses qu'on a déja faites. Il est donc nécessaire d'avoir une tenette semblable à celle de Paré, ou de Le Cat, afin de briser une pierre dont on n'aura pas suffisamment estimé le volume avant que de procéder à l'opération de la taille. On extraira avec la tenette ordinaire la plus grande partie des fragments, on baignera

le malade, on fera de fréquentes injections d'eau de guimauve dans la vessie et on retirera peu à peu pendant les jours suivants tous les autres fragments dont la quantité est quelquefois considérable, parceque quand on casse une pierre, on ne sait point si on la casse en dix, ou en trente morceaux.

Elle doït toujours être extraite lentement et sans effort, ce qui arrive quand on a fait une incision suffisamment grande. Si presque tous les auteurs ont donné le conseil de procéder à l'extraction de la pierre avec beaucoup de lenteur, s'ils ont dit qu'il falloit employer trois ou quatre minutes pour faire cette extraction, c'est que ces mêmes auteurs faisoient des incisions trop petites, c'est que Le Cat dont le nom a été si célèbre ne cessoit de répéter qu'il falloit faire de petites incisions et, de grandes dilatations, c'est qu'il disoit qu'il en est de la sortie d'une pierre hors de la vessie comme de la sortie d'un fœtus hors de l'utérus, que l'ovaire qui dans l'état naturel a le volume d'une chataigne, peut en se dilatant par degré acquérir le volume de la tete d'un adulte, que la matrice si petite dans les vierges devient

vient très-volumineuse pendant la grossesse; tant les parties du corps humain sont susceptibles de dilatation. C'est par ces comparaisons fausses et par ces analogies trompenses que Le Cat induisoit en erreur tous les praticiens en leur recommandant de dilater beaucoup et d'inci-er peu, comme si l'on pouvoit faire en trois ou quatre minutes ce que la nature ne fait que dans l'espace d'un an et plus. Nous aurons occasion de voir dans la suite de cet ouvrage quels sont les accidents qui résultent de ces dilatations lentes, ou promptes du col de la vessie : et les réflexions que nous ferons à cet égard achevront de prouver que c'est en incisant complettement la prostate et le col de la vessie qu'on viendra toujours à bout d'extraire la pierre avec la plus grande facilité.

Les tenettes dont on se sert pour extraire une pierre sont droites, ou courbes et l'on doit en avoir de différentes longueurs et grosseurs, selon l'âge et la grandeur des sujets. Les tenettes courbes ne servent ordinairement que pour l'extraction des pierres enkistées. Il y a encore des tenettes droites, mais qui sont brisées; c'est à-dire dont les

branches coudées vers les anneaux ne laissent entr'elles aucun écartement lorsque la pierre est placée dans les cuilliers et ne s'éloignent que quand la tenette est fermée. Si l'intention de ceux qui ont imaginé ces tenettes a été d'obvier à l'écartement des branches quand la pierre est dans les cuilliers, l'écartement est toujours le même par rapport aux cuilliers, soit que la tenette soit brisée, ou qu'elle ne le soit pas. Ainsi ce que l'on gagne en apparence d'un côté, on le perd en réalité de l'autre, puisqu'il faut toujours que la pierre sorte et qu'elle fraye son passage. Il n'y a donc pas de raison de préférer aux tenettes droites ordinaires ces tenettes brisées dont le maniement exige d'ailleurs beaucoup d'habitude, puisqu'elles agissent en sens inverse des autres.

Lorsqu'il s'agit d'extraire une, ou plusieurs petites pierres trop peu volumineuses pour pouvoir être saisies et retenues entre les cuilliers des tenettes ordinaires qui étant concaves, laissent entre elles un intervalle assez grand, lors même qu'elles sont rapprochées, il faut dans ce cas se servir de tenettes plates dont les cuilliers ne sont point

concaves, mais applaties en manière de pinces et garnies intérieurement comme toutes les autres de dentelures ou d'aspérités. Si parce que la pierre est très-petite, on a de la peine à la trouver avec la tenette, il faut porter le doigt dans la vessie pour reconnoître sa situation et la charger ensuite : si le doigt est trop court, on se servira du bouton. Mais je n'ai jamais vu que des injections faites dans la vessie ayent servi à faire trouver la pierre. L'eau de guimauve, quoique fort adoucissante, injectée sous la forme de pluie par une canule percée de plusieurs trous agace toujours un peu la vessie et en sort très-promptement. Une injection lave et nétoye la vessie, mais ne contribue pas à faire trouver une pierre qui y est contenue : et je suis persuadé que c'est plutôt par routine et par imitation qu'on fait cette injection, que pour l'utilité qu'on en retire. Tous les auteurs disent avec raison que si la pierre qu'on a extraite est lisse et polie par un, ou par plusieurs de ses côtés, c'est une preuve évidente qu'il en existe encore une autre qu'il faut extraire. Une pierre murale est toujours unique. On aura donc l'attention immédiatement après avoir

extrait la pierre, de l'examiner avec soin et de porter ensuite le doigt ou le bouton dans la vessie, afin de rechercher s'il n'y en auroit pas encore une ou plusieurs autres.

La pierre étant ôtée, on déliera le malade et on le fera transporter par un homme robuste dans son lit qu'on aura eu soin de garnir d'une alaise, c'est-à-dire, d'un drap plié suivant sa longueur et posé transversalement sur le lit, afin qu'en changeant cette alaise de temps en temps, le malade ne soit point sali par l'urine qui doit s'écouler continuellement et en abondance par la plaie. Pour que les matelats ne soient point pourris par l'écoulement et le séjour de l'urine, on se servira d'une toile cirée avec laquelle on recouvrira le matelas, ou ce qui vaut encore mieux, on fera faire avec de la toile et de la paille d'avoine plusieurs coussins, ou paillassons suffisamment grands, pour que l'extrémité inférieure du tronc soit appuyé dessus commodément. Ces paillassons destinés à s'imbiber d'urine seront changés deux fois le jour. On relevera le scrotum et on le maintiendra dans cette situation avec une longue compresse que l'on fixera avec des épingles à une autre com-

presse appliquée circulairement sur le bassin. Il est absolument inutile de faire rapprocher les cuisses du malade l'une de l'autre : et il seroit encore plus inutile de les lier ensemble, près les genoux, avec une jarretière comme on le faisoit autrefois. Quoiqu'il soit avantageux pendant les deux ou trois premiers jours que le malade soit couché sur le dos, cette situation ne lui est pas tellement nécessaire, après ce temps expiré, qu'il ne puisse pour sa commodité, s'incliner sur l'un ou l'autre côté. L'opération faite, on fera prendre au malade, aussitôt qu'il sera dans son lit, deux ou trois tasses de thé à l'eau dans lesquelles on aura mis quelques cuillerées d'eau de fleurs d'orange. Cette boisson remet l'estomac, le fortifie et rappelle la transpiration que le spasme avoit supprimée. On donnera ensuite pour boisson ordinaire une infusion de fleurs de mauve, ou une tisanne commune faite avec la réglisse et le chiendent dont le malade boira abondamment. On le mettra à une diète rigoureuse, ne lui accordant que quatre bouillons dans l'espace de vingt-quatre heures. Si l'opération a été longue et laborieuse, si après l'avoir

subie, le malade souffre beaucoup, on lui fera prendre sur le champ vingt à vingt-cinq gouttes de laudanum liquide de Sydenham, délayées dans trois ou quatre cuillerées d'eau, ou de tisanne qu'il avalera d'un seul coup. La fièvre survient ordinairement vingt-quatre ou trente heures après l'opération, rarement plutôt, à moins que la madie ne soit compliquée d'accidents. Elle subsiste pendant un jour ou deux et cesse ensuite d'elle-même. C'est lorsqu'elle n'existe plus, que l'on doit commencer seulement à donner au malade des aliments légers et pris en très-petite quantité. Les pansements consisteront à laver et à nétoyer la plaie extérieurement de trois heures en trois heures avec une éponge trempée dans de l'eau de guimauve tiede, afin de la garantir du séjour et de l'àcreté de l'urine qui doit avoir une issue toujours libre. C'est pour cette raison qu'il seroit contraire à toutes les règles de l'art de fermer la plaie avec des plumaceaux, des compresses et un bandage quelconque. La cure s'opère d'elle-même et on en devient en quelque sorte simple spectateur quand l'opération a été bien faite et quand la vessie est saine:

la nature se chargeant d'en faire tous les frais. On doit être pleinement rassuré sur l'état du malade, quand le ventre n'est ni tuméfié, ni douloureux et quand la fièvre est médiocre. L'urine ne commence à couler en partie par la verge que vers le troisième jour, rarement plutôt. Si vingt-quatre heures après l'opération, l'urine coule par la verge, elle est alors sanguinolente, il y a de l'inflammation et de l'irritation dans le canal de l'urethre qui a été contus, ou déchiré, au lieu d'avoir été incisé nettement au dessous du bulbe. Il est absolument nécessaire que le malade boive beaucoup pendant tout le temps que la plaie est ouverte, afin de rendre l'urine moins âcre et afin de laver et de nétoyer la vessie. L'urine ayant commencé de couler un peu par la verge, y coule ensuite en plus grande quantité, à mesure que la plaie du périné se rétrécit et se cicatrise. Mais ce seroit se tromper que de croire, que l'on peut procurer une cicatrisation plus promte du col de la vessie en introduisant dans l'urethre une sonde creuse de gomme élastique, dans l'intention de rapeller l'urine par la voie naturelle. J'ai toujours vu au contraire que la plaie se gué-

tissoit très-bien d'elle-même, que la présence de cette sonde dans la vessie excitoit de la douleur, lorsqu'on s'en servoit trop-tôt et qu'elle n'étoit utile que dans quelques cas particuliers, vers la fin de la maladie, lorsqu'il n'y a absolument aucune inflammation au canal de l'urethre et au col de la vessie. La plaie, quand tout est favorable, est complettement guérie dans l'espace d'un mois et quelquefois un peu plutôt, sur-tout dans les enfants. L'urine n'y coulant plus, elle devient très-simple et l'on peut alors la panser superficiellement avec de la charpie sèche, en rapprocher les lèvres quand la peau est lâche comme dans les vieillards et dans ceux qui ont perdu subitement leur embonpoint, avec des bandes de sparadrap, consumer avec la pierre infernale les chairs molles et fougueuses, en un mot mettre en pratique ce que l'art prescrit pour la cure des plaies ou des ulcères simples.

CHAPITRE XIX.

Des Accidents qui résultent de l'Opération de la Taille dans l'homme.

IMMÉDIATEMENT après que l'opération de la taille est faite et aussi-tôt que le malade est dans son lit, il sort par la plaie une urine qui est plus ou moins sanguinolente et qui continue d'être teinte de sang pendant les premières vingt-quatre heures, mais ce temps expiré, elle reprend sa couleur naturelle. Quelquefois on trouve huit à dix heures après l'opération, sur le drap du malade, un gros caillot de sang arrondi, et souvent presque aussi large que la main d'un adulte, mais après la sortie de ce caillot, l'urine coule librement par la plaie et il n'y a point encore d'hémorrhagie. Lorsque cé caillot est retenu dans la vessie, il s'oppose à l'évacuation de l'urine par la verge et par la plaie, la vessie se tuméfie, devient douloureuse et il y a une vérirable rétention d'urine. Cet accident arrive assez ordinairement aux vieillards qui ont des vaisseaux variqueux au col de la vessie,

lesquels ont été ouverts dans l'opération. Pour y remédier, il faut introduire le doigt dans la plaie et jusque dans la cavité de la vessie, briser le caillot, l'extraire par partie afin de faciliter l'issue de l'urine et faire ensuite, s'il est nécessaire, une injection d'eau de guimauve, afin de procurer la sortie du sang congulé qui pourroit être encore dans la vessie.

L'hémorrhagie qui résulte de l'opération de la taille, est forte ou foible, primitive ou consécutive. Elle est primitive lorsqu'elle se manifeste dans le moment même de l'opération, et c'est le cas le plus ordinaire. Elle est toujours produite par l'ouverture des rameaux de l'artère honteuse commune ou interne, lesquels se distribuent au bulbe de l'urèthre, au col de la vessie, à la prostate, aux muscles de la verge et au périné. On évite jusqu'à un certain point cette hémorrhagie, en n'ouvrant pas le bulbe de l'urèthre, mais en incisant au-dessous. Si la perte du sang n'est point considérable, elle tient lieu d'une saignée locale qui contribue à diminuer l'inflammation des parties, et bien loin d'être nuisible, elle est au contraire avantageuse.

Quelquefois on ouvre l'artère transverse du périné en faisant la première incision, et cette hémorrhagie, souvent très-forte, ne doit point empêcher le chirurgien d'achever son opération. Si après qu'elle est finie, l'hémorrhagie est considérable, si le sang coule en abondance et sans interruption par la plaie, la vessie se remplit en même-temps de caillots de sang, le malade tombe en foiblesse, la région hypogastrique inférieure est douloureuse et tendue, le malade éprouve des spasmes, des irritations au col de la vessie, comme s'il avoit un besoin pressant d'uriner, il est soulagé quand les caillots de sang sortent au dehors; mais il ressent bientôt après les mêmes accidents à mesure que la vessie se remplit. Ce cas est souvent mortel, et il est rare que le malade y survive plus de trois à quatre jours. Cependant on réussit quelquefois à arrêter l'hémorrhagie, quand elle n'est pas excessive, en se servant d'une canule garnie d'agaric. Pour cet effet, on prendra une canule d'argent longue de quatre à cinq pouces, cylindrique, arrondie et fermée par l'extrémité qui doit être introduite dans la vessie, trouée latéralement et terminée par

l'autre extrémité qui doit répondre à l'orifice de la plaie par deux petites anses ou anneaux qui servent à y passer des fils ou des rubans qui doivent s'attacher autour du bassin. On choisit de grands morceaux d'agaric bien sec, épais, velouté et ayant tout son duvet. On entoure la canule dans toute sa longueur avec ces morceaux d'agaric que l'on attache avec du fil. On a soin que les ouvertures lattérales de la canule restent libres, afin que l'urine puisse sortir librement au-dehors. Cette canule qui a ordinairement quatre à cinq lignes de diamètre, doit être recouverte d'agaric jusqu'au point d'avoir alors un pouce de diamètre, afin de faire par son volume une exacte compression sur tous les vaisseaux qui sont ouverts. Avant que de l'introduire ainsi garnie, on commencera par vuider la vessie de tous les caillots de sang qu'elle contient. On portera ensuite le doigt index dans le fond de la plaie, et sur ce doigt on introduira la canule assez avant pour que son extrémité pénètre jusque dans la vessie. Un instant après qu'elle est introduite, l'agaric s'humecte et se gonfle, et c'est uniquement par la compression que

ce corps solide exerce sur tous les vaisseaux, qu'il arrête l'hémorrhagie et non par une vertu qui lui soit particulière. Cette canule, en produisant une dilatation et une compression suffisante, ne se déplace point ordinairement. Si la vessie, par ses contractions, l'expulsoit au-dehors, il est alors nécessaire de la fixer en passant dans ses anneaux un ruban de fil dont on attachera les deux chefs en sens contraire sur l'os des îles avec un emplâtre de taffetas gommé. On doit laisser cette canule dans la plaie pendant tout le temps que l'hémorrhagie subsiste, et ne la retirer que lorsqu'elle est cessée, lorsque l'urine a repris sa couleur naturelle. La présence de ce corps compressif et dilatant irrite un peu le col de la vessie, et cause au malade une sensation douloureuse : mais il s'agit d'arrêter une hémorrhagie qui malgré ce secours persévère quelquefois et fait périr le malade. Tous les auteurs qui ont écrit théoriquement ont conseillé, en se copiant les uns les autres, de faire avec une éguille la ligature du vaisseau ouvert lorsque l'hémorrhagie est considérable. Aucun d'eux n'a dit comment cette aiguille devoit être cons-

truite, ni comment on devoit faire la ligature, parce que véritablement aucun d'eux ne l'a pratiquée. Un peu de réflexion auroit fait sentir que ce n'est pas toujours le tronc de l'artère située le long de la branche ascendante de l'ischion qui est ouvert : mais le sang vient quelquefois en abondance du bulbe de l'urèthre que l'on a eu tort d'inciser, du col de la vessie, de la partie inférieure de la plaie, de l'artère transverse du périné et de différentes branches artérielles dont la division n'est pas toujours constante et uniforme. Ce ne sera donc ni par la ligature qui est impraticable, ni par des stiptiques appliqués au hasard et indistinctement que l'on arrêtera l'hémorrhagie, mais seulement par la compression exacte que produit la canule garnie d'agaric dans tout l'intérieur de la plaie.

L'hémorrhagie consécutive est celle qui survient quelques jours après l'opération de la taille. Elle ne se manifeste pas immédiatement après l'opération, parce que la pierre pendant son extraction a produit une forte contusion dans tout l'intérieur de la plaie. C'est donc l'extraction difficile de la pierre trop volumineuse pour l'incision que

l'on a faite, qui arrête l'hémorrhagie par contusion. Mais lorsque les parties contuses et tuméfiées s'affaissent, lorsque le dégorgement s'opère par la suppuration, il survient quelquefois une hémorrhagie plus ou moins considérable. D'abord elle est salutaire, en ce qu'elle produit l'effet d'une saignée locale, et l'on ne doit penser à y remédier que lorsqu'elle est trop forte. Elle peut subsister deux, trois ou même quatre jours, sans qu'elle tourne visiblement au détriment du malade qui s'affoiblit, mais qui n'est point en danger. En pareil cas la saignée est inutile, puisque l'hémorrhagie en tient lieu..

L'ecchymose du scrotum se manifeste deux ou trois jours après l'opération. Elle est produite par la compression trop forte qu'a exercée celui qui relevoit cette partie. Elle survient encore lorsque l'incision des téguments est trop petite, lorsque la peau trop lâche, comme dans les vieillards et dans ceux qui ont maigris subitement, a été trop tendue pendant l'opération. En se rabattant ensuite, il n'y a plus de parallélisme entre la plaie interne et la plaie [illegible]e. Le sang qui n'a pas une issue libre ;

s'infiltre alors dans tout le tissu cellulaire et donne aux téguments une couleur noire ou violette. Cette ecchymose se guérit d'elle-même quand elle est légère : et quand elle est forte, on aide à la résolution du sang infiltré par les moyens connus que l'art prescrit contre les contusions.

Lorsque l'extraction de la pierre, soit à raison de son volume, soit à raison de l'étroitesse de l'incision, a été difficile, le col de la vessie, la prostate, l'urèthre et toutes les parties à travers lesquelles la pierre a passé avec effort, sont contuses. Les recherches infructueuses faites avec les tenettes portées à diverses reprises dans la vessie, irritent et contondent ce viscère très-sensible. L'opération terminée, le malade est bientôt saisi de douleurs violentes dans la région hypogastrique inférieure qui se tuméfie, la fièvre survient, la langue est sèche, l'estomac souffre sympathiquement, le malade a un tenesme au rectum et il est dans un danger imminent. Il est donc vrai de dire que l'état du bas-ventre est en pareil cas la boussole du chirurgien. Si le ventre est tuméfié, douloureux, si la plaie est sèche, c'est un mauvais signe.

Au contraire, s'il est dans l'état naturel, si la vessie ne souffre pas, on doit être rassuré sur le succès de l'opération. Ce qu'il y a de mieux à faire pour calmer les douleurs du bas ventre et pour diminuer l'inflammation de la vessie, c'est de faire tenir le malade plusieurs heures de suite dans un bain tiède : c'est de faire une ou plusieurs saignées, d'appliquer sur le ventre des flanelles trempées dans une décoction de plantes émollientes, de faire prendre quelques tasses d'infusion de fleurs de camomille ou le mélange effervescent de Rivière, composé d'un demi gros de sel d'absynthe, d'une cuillerée de suc de citron et d'une cuillerée d'eau, le tout avalé dans le moment de l'effervescence, s'il y a des hoquets ou des dispositions au vomissement : c'est de donner un lavement dans lequel on ajoutera trente gouttes de laudanum liquide de Sydenham, et de recommander au malade de garder ce lavement le plus qu'il pourra. Mais si après avoir employé tous ces secours, les accidents continuent, s'il ne survient pas par la plaie une légère hémorrhagie qui tienne lieu d'une saignée locale, la fièvre alors

devient continue avec des redoublements, le malade a des vomissements ou une diarrhée bilieuse, et il meurt d'une maladie factice, comme s'il avoit une fièvre putride.

La tuméfaction des testicules est un accident qui ne se manifeste que plusieurs jours après l'opération de la taille. Tantôt les deux testicules se tuméfient douloureusement, comme dans la maladie connue sous le nom de gonorrhée avortée ou de chaude-pisse tombée dans les bourses, et tantôt il n'y a qu'un testicule qui se tuméfie. Cette maladie est toujours le produit de la contusion de la prostate et des canaux éjaculateurs. Elle n'arive jamais que lorsque l'extraction de la pierre a été laborieuse. Cet engorgement des testicules se termine par résolution ou par supuration. Dans l'un et dans l'autre cas, il faut envelopper tout le scrotum d'un cataplasme de farine de graine de lin, et faire garder le lit au malade quand même la plaie seroit en voie d'être consolidée, car j'ai vu cet accident survenir trente jours après l'opération, la plaie étant déjà cicatrisée. Si la supuration survient et elle se forme dans le scrotum et à la racine de la verge,

dans le tissu cellulaire sous cutané, il faut ouvrir l'abcès qui est toujours superficiel, le traiter selon les règles ordinaires de l'art, et persévérer dans l'usage d'un cataplasme émollient.

Les vers sont une maladie familière aux enfans, sur-tout à ceux qui sont pauvres et qui vivent à la campagne. Si l'on a négligé avant l'opération de les purger et de leur faire prendre des remèdes vermifuges, il arrive assez souvent que ces mêmes enfants sont pris fréquemment de convulsions dont on ne connoît pas toujours la cause. La diète à laquelle on les réduit immédiatement après l'opération, semble éveiller les vers contenus dans les intestins et leur donner plus d'activité. L'enfant est alors saisi de convulsions, il perd la parole et la connoissance et meurt très-promptement dans un accès. Le remède efficace, quand on connoît la cause du mal, c'est de faire manger l'enfant, afin d'appaiser la faim dévorante des vers. L'accès étant passé ou diminué, on administrera les remèdes vermifuges ordinaires, tels que le mercure doux, les purgatifs amers, l'huile, et sur-tout celle de ricin, ou palma christi,

L'incontinence d'urine qui résulte de l'opération de la taille, est un accident sur la cause duquel les auteurs ont beaucoup varié. Quelques-uns ont dit que cette incontinence étoit l'effet des grandes incisions prolongées au-delà du col de la vessie et de la prostate, ce qui n'est pas vraisemblable. Elle est plutôt produite par l'excessive dilatation du col de la vessie qui a perdu la faculté de se contracter. C'est ainsi que les femmes qui rendent spontanément par l'urètre de grosses pierres, ont nécessairement après les avoir rendues une incontinence d'urine. Il en est de même dans l'homme quand l'extraction de la pierre a été difficile, l'incision n'étant point proportionnée au volume de la pierre. La distension que l'on exerce alors sur le col de la vessie pour extraire le corps étranger, est la véritable cause de l'incontinence d'urine. Elle est forte ou foible, et toujours en raison de la dilatation que l'on a faite au col de la vessie. Lorsqu'elle est légère, elle se dissipe d'elle même avec le temps. Mais lorsqu'elle subsiste encore un mois ou deux après l'opération, ni les bains froids, ni les remèdes toniques pris inte-

rieurement, ne peuvent alors la guérir soit dans les enfants, soit dans les adultes, et l'on en est incommodé pendant toute sa vie. Si un malade lache ses urines goute à goute et involontairement avant que d'être taillé, l'opération ne le guérit point de cette indisposition. On y remédie méchaniquement en faisant porter un bandage représenté dans le traité des opérations de chirurgie de Nuck, et que l'on connoît sous le nom de constricteur de l'urèthre. Cet auteur l'a nommé *postomis*. Ce sont deux bandes d'acier garnies de crin et recouvertes de peau de chamois, unies par charnière à l'une de leurs extrémités et qui se joignent par l'autre à l'aide d'un ressort. On fait passer la verge entre ces deux leviers pour la comprimer transversalement. Cet instrument qui ne gêne point les malades, est préférable à tous les réservoirs d'urine qu'il falloit porter dans la culotte.

En faisant l'opération de la taille, on peut, faute d'attention suffisante, ouvrir le rectum, soit parce que la sonde n'a pas été assez inclinée vers l'aine droite, soit parce que cet intestin étoit distendu par

des matières stercorales. L'évènement est différent selon que le rectum est ouvert près la marge de l'anus ou beaucoup au-dessus d'elle, selon que cette plaie est grande ou petite, parallèle ou non parallèle à celle de l'urèthre, du col ou du corps de la vessie. Cet accident se manifeste promptement après l'opération, en ce qu'on voit s'écouler par l'angle inférieur de la plaie des matières stercorales fluides. Il en résulte une fistule au périné qui est tout à la fois stercorale et urinaire et très ordinairement incurable. Elle se guérit quelquefois d'elle-même par laps de temps, le malade reprenant de l'embonpoint, lorsque c'est la partie la plus inferieure du rectum qui a été incisée, lorsque cette incision est petite et lorsqu'elle n'est point parallèle à celle du col de la vessie. Quand elle ne se guérit point spontanément, on a conseillé de fendre, à l'aide d'une sonde canelée et d'un bistouri droit, toute la partie de la marge de l'anus et du périné, comprise entre les deux ouvertures fistuleuses, celle du rectum et celle du col de la vessie. Mais une pareille opération ne peut qu'augmenter la maladie et la ren-

dre moins supportable, bien loin de la guérir. Si l'intestin rectum est ouvert profondément dans sa partie antérieure, si la plaie de cet intestin est parallèle à celle de la vessie, le malade peut alors n'avoir pas de fistule au périné, la plaie extérieure s'étant cicatrisée; mais il rend continuellement et avec douleur ses urines par le rectum et un peu de matières stercorales fluides par la verge. Cette maladie est incurable. Je n'en citerai qu'un seul exemple, ce cas n'étant pas très-rare.

Un jeune homme âgé de dix-huit ans, rachitique et paralytique des extrémités inférieures, me consulta sur une maladie de vessie. Il me dit qu'on lui avoit fait l'opération de la taille à l'âge de six ans dans son village, et qu'on lui avoit ôté une pierre; mais que depuis ce temps il continuoit de souffrir et qu'il urinoit sans cesse par le rectum, et très-peu, mais involontairement, par la verge : accident qui l'incommodoit d'autant plus, qu'il ne pouvoit point porter de culottes. Sa plaie du périné étoit très-bien cicatrisée : on voyoit qu'elle avoit été faite parallèlement au raphé. Il étoit bien évident qu'on avoit fendu le rec-

tum en faisant l'opération de la taille. Je sondai ce jeune homme et la sonde passa de la vessie dans l'intestin, ce qui me fit croire d'abord qu'il n'y avoit pas de pierre dans la vessie, quoiqu'il y en eut réellement une. J'introduisis un doigt dans l'anus, et j'y touchai l'extrémité de la sonde à nud. Lorsque je l'eus retirée, je reportai le doigt dans le rectum que je trouvai fendu longitudinalement dans l'étendue au moins d'un demi pouce : cette fente étoit parallèle à une incision semblable de la partie postérieure de la vessie, et l'on sentoit quelquefois la pierre à nud en enfonçant le doigt dans le rectum. Je taillai ce jeune homme, je lui tirai une assez grosse pierre. Sa plaie fut parfaitement cicatrisée le dix-huitième jour après son opération. Alors la vessie étant moins irritée, l'urine coula un peu plus abondamment par la verge que par le rectum : mais le malade conserva toujours son incommodité à laquelle l'art ne pouvoit remédier.

Si la fistule du périné n'est qu'urinaire, si la perte de substance faite à l'urèthre est peu considérable, on essayera de rétablir la liberté du canal, en y introduisant

des bougies et en mettant ensuite dans la vessie une sonde creuse de gomme élastique. La fistule se guérit ordinairement par ce procédé vulgaire. Mais si parce que l'incision ayant été faite trop près du rectum, cet intestin est dénudé au point de ne pouvoir plus se recoler avec les parties voisines et se cicatriser avec elles, s'il s'est formé un abcès entre le rectum et la vessie dont on ne puisse tarir la source, alors le malade meurt dans le marasme et la fièvre lente.

Je terminerai cet article en rapportant ce que disoit Mery, il y a près d'un siècle, à l'occasion de frère Jacques-de-Beaulieu.

« Il fait une longue incision au col et au
» corps de la vessie, par laquelle il tire la
» pierre sans peine, il évite la contusion et
» le déchirement de ces parties qui arri-
» vent presque toujours au col de la vessie,
» à la prostate qui lui est jointe et à l'urè-
» thre, dans l'opération commune (le grand
» appareil) pour peu que la pierre soit
» grosse et sa surface raboteuse. De là vient
» que les parties qu'il divise n'étant que
» coupées, peuvent plus facilement se réunir

» après son opération : d'où il suit qu'il
» doit y arriver moins de fistules qu'après
» l'opération ordinaire, parce que dans
» celle-ci les parties souffrant presque tou-
» jours une forte contusion, il leur arrive
» une perte considérable de substance par
» la supuration qui s'en fait, ce qui em-
» pêche leur réunion et produit la fis-
» tule (1) ».

CHAPITRE XX.

Des différents Procédés que l'on a employés pour faire l'opération de la Taille latérale.

La difficulté de faire avec précision l'opération de la taille telle que nous l'avons décrite, en ne se servant que d'un scalpel ou bistouri droit, a fait imaginer différents procédés auxquels on a donné très-improprement le nom de méthodes, dans l'intention d'exécuter toujours la même opération, mais avec plus de facilité. On a

(1) Observation sur la manière de tailler, par Méry, [illegible] 2.

inventé des instruments dont le nombre est si grand, qu'il faudroit composer un volume pour les décrire tous. La plupart sont déjà tombés dans l'oubli, l'expérience n'ayant point prononcé en leur faveur. Deux sont resté et sont encore aujourd'hui d'un usage vulgaire : l'un est connu sous le nom de *lithotome caché*, et l'autre sous celui de *gorgeret tranchant*.

Le lithotome caché étant entre les mains de presque tous les chirurgiens, il est inutile d'en faire la description. Je dirai seulement, d'après son auteur, quelle est la manière de s'en servir, et j'ajouterai ensuite ce que l'expérience m'a appris sur son usage. Le malade situé horizontalement, la sonde introduite dans la vessie et inclinée vers l'aine droite, un aide tient d'une main le manche de la sonde, tandis qu'avec l'autre main il relève le scrotum. Alors celui qui opère se place vis-à-vis la fesse droite du malade, tend avec le doigt index et medius de sa main gauche la peau du périné qu'il tire en haut vers les bourses, prend de la main droite un bistouri droit bien pointu, avec lequel il fait une incision de deux pouces et demi de longueur pour un adulte

au périné du côté gauche, entre le muscle érecteur et accélérateur. Par cette première incision, l'on coupe la peau et le tissu cellulaire. Alors, à l'aide du doigt index de la main gauche, on cherche la canelure de la sonde dans laquelle on plonge en glissant la pointe du bistouri dont le dos doit être tourné du côté de la canelure de la sonde, ce qui se fait en renversant le poignet. Le chirurgien guidé par le bout de son doigt index gauche qui est appliqué sur la courbure de la sonde au fond de la plaie, a soin de bien tenir ce même doigt couché sur la sonde, afin que le dos du bistouri appuyé dessus puisse couper l'urèthre en glissant de haut en bas. Ce canal étant incisé dans l'étendue de sept à huit lignes et la canelure de la sonde étant par cette incision bien découverte dans la même étendue, on introduit dans cette canelure la languette du lithotome caché. Le chirurgien assuré que cette languette est dans la canelure, prend avec sa main gauche la plaque de la sonde qu'il soulève de bas en haut, pousse doucement son lithotome dont il approche le manche de celui de la sonde d'environ quatre à cinq

pouces. Lorsque la languette du lithotome est parvenue à la vive arrête du bec de la sonde, elle s'y arrête, ce qui est un signe que l'instrument est dans la vessie; alors il faut dégager la sonde d'avec le lithotome et la retirer de la vessie. Cela fait, on appuye le dos du lithotome sous l'arcade du pubis, et l'on dirige le tranchant de la lame dans la direction de l'incision que l'on a faite aux téguments. Ensuite, en appuyant sur la bascule, on fait sortir la lame au dégré où on l'a mise avant l'opération, et en retirant l'instrument tout ouvert, il coupe de dedans en dehors toutes les parties sur lesquelles il appuye, en commençant par le col de la vessie et finissant par la plaie extérieure. L'instrument ayant ainsi agrandi la plaie, on introduit dans la vessie une tenette avec laquelle on charge et on extrait la pierre.

Si l'on veut s'en rapporter au témoignage de l'expérience et juger sans partialité ce procédé opératoire, tel qu'on vient de le décrire d'après son auteur, on trouvera que le lithotome caché est un instrument qui coupe nettement toutes les parties qu'il rencontre et qui lui font résistance. Mais si la

main du chirurgien le conduit mal, il peut comme tous les autres instruments tranchants produire les plus grands désordres. Il est inutile, en suivant ce procédé d'inciser le bulbe de l'urethre : il faut porter la pointe du bistouri profondément vers l'angle inférieur de la plaie et atteindre la partie membraneuse de l'urethre, incision que les chirurgiens qui commencent à opérer ne trouvent pas facile à exécuter. Presque tous incisent l'urethre trop haut, ce qui est inutile et nuisible, car la section de tout ce canal, quand même elle seroit possible, ne pourroit contribuer en aucune manière à la libre extraction de la pierre. Le lithotome caché doit être introduit profondément dans la vessie, c'est-à-dire, qu'il doit être enfoncé de toute la longueur de la lame et jusqu'à la virole, de manière que cette virole et le commencement de la bascule touchent les téguments. Il faut ensuite bien appuyer la partie concave de la gaine sous la voute du pubis qui doit lui servir de point fixe, péser ensuite fortement sur la bascule, afin de bien faire sortir la lame et sur-tout en diriger le tranchant obliquement, afin d'éviter la lésion du rec-

tum. En retirant l'instrument, on ne doit élever ni abaisser le poignet, la lame tranchante doit couper de dedans en dehors en glissant horisontalement, mais en même temps on doit lui donner une direction oblique vers la tubérosité sciatique, ainsi comme on vient de le dire, d'éviter de couper le rectum. Ceux qui disent que l'on coupe toute la prostate et la vésicule séminale gauche par ce procédé sont dans l'erreur et prouvent par cette assertion qu'ils sont eux-mêmes sans expérience. Je trouve au contraire, que cet instrument fait, toutes choses égales d'ailleurs, de trop petites incisions : c'est à dire, que dans quatre malades du même âge opérés tous les quatre au N° 15; par exemple, l'incision sera suffisamment grande dans l'un, et trop petite dans l'autre, abstraction faite du volume de la pierre. Cependant l'instrument agit invariablement, et en raison de l'écartement que l'on donne à la lame. Mais la prostate plus ou moins dure, ou plus ou moins volumineuse, le col de la vessie plus ou moins relevé, l'incision de l'urèthre commencée trop haut, ou trop bas, produisent cette différence. La lame coupe

tous ce qui se trouve sur son passage, mais les parties qu'il faut diviser offrent une épaisseur et une résistance qui ne sont pas les mêmes dans tous les individus. Il faut donc en conclure qu'une grande incision étant préférable à une petite, on doit en général donner à la lame du lithotome caché un écartement plus grand que plus petit, opérer les adultes au N°. 13 et toujours au N°. 15, pour peu que l'on soupçonne la pierre un peu volumineuse, ou la protaste épaisse. On a craint, dit on, l'hémorrhagie en divisant nettement et profondément toutes ces parties. Mais tout instrument tranchant peut produire le même effet, et il ne faut jamais oublier que dans l'opération de la taille faite par quelque procédé que ce soit, il y a deux écueils à éviter : l'un est la contusion et le déchirement du col de la vessie, quand l'incision est petite, et l'autre l'hémorrhagie, quand la protate et toutes les parties voisines sont coupées profondément. Si la perfection de cette opération consiste à ne couper que ce qu'il faut couper et à se servir avec dextérité d'une sonde canelée et d'un bistouri droit que les deux mains de l'opérateur font agir ensemble et

de

de concert, il faut avouer en même temps que cette œuvre est d'une exécution difficile pour la plupart de ceux qui commencent. Le lithotome caché sera donc la ressource de ceux qui n'auront pas l'habitude d'opérer. Ne pouvant faire l'opération de la taille d'une manière simple et savante, ils la feront pourtant bien, mais avec moins d'élégance, sur-tout s'ils veulent suivre les conseils que nous venons de donner. Ainsi le lithotome caché considéré sous ce point de vue est un instrumsnt qui restera dans l'art, malgré toutes les critiques qu'on en a faites, et qui sera véritablement utile à l'humanité.

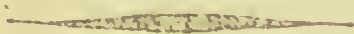
La crainte d'ouvrir le rectum en faisant l'opération de la taille avec une sonde canelée et un scalpel, la difficulté de faire cette opération et d'inciser la prostate et le col de la vessiè latéralement avec ces deux instruments, suggéra l'idée bisare de se servir d'un gorgeret tranchant d'un seul côté pour couper ces parties de dehors en dedans. Hawkins, chirurgien de Londres eut le premier cette idée. Il conçut le projet de faire d'un gorgeret ordinaire un instrument qui serviroit en même tems de lame tran-

chante par un de ses bords pour couper les parties qu'il est nécessaire d'inciser. A peine ce projet fut-il conçu qu'il fut exécuté. Les premiers gorgerets imaginés par Hawkins étoient trop concaves, trop larges, trop obtus par la pointe et trop épais : il résulta de cette consruction vicieuse qu'on perforoit les parties au lieu de les inciser. La lame coupoit mal, parce qu'elle étoit trop étroite, elle n'avoit pas assez de tranchant et les ouvriers avoient beaucoup de peine à lui en donner un et à l'affiler quand il étoit émoussé. Le bec du gorgeret n'étant pas toujours bien adapté à la canelure de la sonde, ou disposé convenablement pour y glisser, on introduisit plusieurs fois par mal adresse l'instrument entre le rectum et la vessie. On se corrigea, on sentit qu'il étoit inutile que le bord du gorgeret fut tranchant dans toute sa longueur, l'on rendit cet instrument moins concave, mais il en résultoit toujours une incision à peu près sémi-lunaire du col de la vessie, ou plutôt une perforation de cette partie. La glande prostate n'étoit pas bien incisée, et quelquefois en retirant l'instrument on faisoit une nouvelle plaie, parce qu'on ne le tenoit pas

précisément dans la même direction que celle dans laquelle on l'avoit introduit. Pour remédier à cet inconvénient on fit des gorgerets doubles applatis, pouvant s'adapter l'un sur l'autre, dont l'un étoit tranchant et dont l'autre ne l'étoit pas, car on ne perdoit point de vue l'idée primitive d'éviter la lésion du rectum. A force de corriger l'instrument, on en vint jusqu'à n'avoir plus qu'une lame tranchante d'environ un pouce de largeur et terminée par une pointe toujours un peu mousse. On fit des gorgerets dont la longueur est différente suivant les différens âges : de cinq pouces pour les adultes, sans y comprendre le manche qui est coudé, de quatre pouces pour les jeunes gens et de trois pouces pour les petits enfants. Voici de quelle manière on fait l'opération de la taille avec cet instrument. La sonde canelée introduite dans la vessie et inclinée vers l'aine droite, on la confie à un aide qui la tient d'une main et qui de l'autre relève le scrotum. Celui qui opère s'assied sur une chaise de hauteur convenable et appuye son pied droit sur un tabouret ou marche pied, afin que le coude reposant sur le genou, la main

droite soit plus affermie pendant l'opération. L'on fait au périné du côté gauche une incision de trois pouces de longueur avec un bistouri droit ordinaire. Dans cette première incision, on coupe la peau et le tissu cellulaire. On rend ensuite l'incision plus profonde vers l'angle inférieur de la plaie pour diviser le muscle transverse de l'urethre et une partie du releveur de l'anus. La portion membraneuse de l'urethre étant mise à découvert, il faut l'inciser. Pour cet effet, l'opérateur doit appliquer l'ongle de son pouce gauche sur la canelure de la sonde, afin de guider la pointe du bistouri en incisant toute la partie membraneuse de l'urethre. Après l'avoir incisée, il faut introduire le bec ou la languette du gorgeret tranchant dans la canelure de la sonde et l'y maintenir fermement. Le chirurgien qui jusqu'alors a été assis, se leve de dessus son siége et prend avec sa main gauche la sonde qui doit former avec le corps du malade un angle droit et être soulevée, afin de tendre le col de la vessie. Il fait glisser ensuite le gorgeret sur la canelure de la sonde en l'y poussant et jusqu'à ce qu'il soit entré dans la vessie, ce que

l'on reconnoît à l'écoulement de l'urine. Alors on ôte la sonde et l'on conduit à l'aide du gorgeret une tenette dans la vessie. On retire le gorgeret et l'on extrait la pierre. L'attention principale que l'on doit avoir en faisant cette opération est que le gorgeret ne sorte pas de la canelure de la sonde : autrement il pourroit être introduit entre le pubis et la vessie, ou entre la vessie et le rectum, comme cela est arrivé plusieurs fois. Il est donc nécessaire de tenir fermement la sonde et le gorgeret qui doivent bien s'adapter ensemble et être fabriqué l'un pour l'autre. Le gorgeret ne doit servir qu'à inciser la prostate et le col de la vessie. Si l'on ouvre l'urethre trop haut, l'incision totale devient trop petite et l'extraction de la pierre très-difficile. On peut donc se servir bien, ou mal de cet instrument, comme de tous les autres, et faire avec lui une ouverture suffisamment grande, ou beaucoup trop étroite. (Voyez l'explication des figures.)



CHAPITRE XXI.

De l'Opération de la taille Hypogastrique.

LA taille hypogastrique ou la taille au haut appareil, est cette opération par laquelle on ouvre au-dessus du pubis la partie antérieure de la vessie pour en extraire une pierre qui y est contenue. Franco (1) est le premier qui ait imaginé et qui ait fait cette opération, vers l'an 1560. Voici ses propres paroles :

« Je réciterai ce qu'une fois m'est advenu voulant tirer une pierre à un enfant de deux ans ou environ, auquel, ayant trouvé la pierre de la grosseur d'un œuf de poule ou à peu-près, je fis tout ce que je pus pour la mener bas. Voyant que je ne pouvois rien avancer par tous mes efforts, avec ce que le patient étoit merveilleusement tourmenté, et aussi les parents desirant qu'il mourut plutôt que de vivre en ce travail, joint aussi que

(1) Traité des hernies, par Pierre Franco. *Lyon*, [illegible]

» je ne voulois pas qu'il me fut reproché
» de ne l'avoir su tirer, qui étoit à moi
» grande folie, je délibérai avec l'impor-
» tunité du père, mère et amis, de couper
» ledit enfant par dessus l'os pubis, d'au-
» tant que la pierre ne voulut descendre
» bas, et fut coupé sur le pénil, un peu
» à côté et sur la pierre : car je levois icelle
» avec mes doigts qui étoient au fondement,
» et d'autre côté en la tenant sujette avec
» les mains d'un serviteur qui comprimoit
» le petit ventre au dessus de la pierre, dont
» elle fut tirée hors par ce moyen : et
» puis après le patient fut guéri, nonobs-
» tant qu'il en fut bien malade, et la plaie
» consolidée. Combien que je ne conseille à
» homme d'ainsi faire » !

Vingt ans après que Franco eut rendu cette observation publique, Rousset fit l'apologie de cette nouvelle méthode d'opérer, et tâcha de l'accréditer dans un petit livre intitulé : *Traité de l'enfantement césarien.* On dit que Bonnet, chirurgien de Paris, mort en 1651, osa l'exécuter sans qu'on sache quel en a été l'évènement. Les chirurgiens d'Angleterre furent plus entreprenants. Depuis le mois de décembre 1719,

jusqu'au mois de juin 1723, Douglas et Cheselden opérèrent quinze malades par ce procédé nouveau : il n'en mourut que deux. D'autres chirurgiens anglois suivirent le même exemple, et sur trente et un malades qui furent opérés, il n'en mourut que cinq. Le détail de toutes ces opérations fut rendu public, et l'opération elle-même fut tirée de l'oubli dans lequel elle avoit été ensevelie pendant près de deux cents ans.

Le volume excessif d'une pierre contenue dans la vessie et qui ne peut être extraite par l'incision du périné, quelque grande qu'on la suppose, a été le motif principal qui a déterminé les chirurgiens à pratiquer la taille hypogastrique. Une grosse pierre ne peut pas toujours être cassée, même avec des tenettes destinées à produire cet effet. Il est souvent impossible, à raison de l'étroitesse de la vessie, d'embrasser la pierre avec des tenettes propres à la briser. Si l'on a commencé par faire l'opération au périné, si la pierre n'ayant pu être extraite ou cassée, on se détermine après des tentatives longues et infructueuses, à faire une incision au-dessus du pubis : le

malade épuisé par cette double opération, meurt ordinairement peu de jours après. Il est donc nécessaire de recourir d'abord à l'opération de la taille hypogastrique Elle est essentiellement fondée sur deux principes incontestables ; savoir 1°. que l'on peut ouvrir la vessie au-dessus du pubis sans léser le péritoine, et par conséquent sans pénétrer dans le ventre ; 2° qu'une grande incision faite à la partie antérieure de ce viscère n'est pas essentiellement mortelle.

A tous ces avantages, il faut encore ajouter que le col de la vessie, la prostate et les parties voisines, ne peuvent souffrir ni contusion, ni déchirement, qu'il n'y a point d'hémorrhagie a craindre, que l'incontinence d'urine ne peut avoir lieu, etc.

Rousset et après lui tous ceux qui jusque dans ces derniers temps ont donné des règles pour faire cette opération méthodiquement, ont recommandé d'injecter d'abord dans la vessie une assez grande quantité d'eau tiède ou d'eau de guimauve, pour la distendre et lui faire faire au-dessus du pubis une saillie qui puisse servir de guide à la main de l'opérateur. L'expérience

prouva bientôt que cette distension subite de la vessie est très-douloureuse. Elle est cependant possible dans les jeunes sujets qui ont une petite pierre, la vessie ample, saine, oblongue et faisant naturellement une saillie au-dessus du pubis. Mais ce n'est point lorsque le sujet est jeune et la pierre peu volumineuse qu'il convient de faire cette opération. L'appareil latéral est dans ce cas positivement indiqué. Il ne s'agit ici que des adultes ou des vieillards qui ont une pierre très-volumineuse, la vessie étroite et peu susceptible d'extension à raison de l'épaisseur de ses parois. Dans ce dernier cas, une injection que l'on voudroit porter jusqu'au point de rendre ce viscère apparent au-dessus du pubis seroit tout à la fois très douloureuse et impraticable. On a si bien senti cette vérité, qu'on a été forcé d'abandonner les injections et qu'on en a été réduit à recommander aux malades de s'habituer à retenir leurs urines, afin de distendre, s'il est possible, la vessie par des dégrés insensibles. Les malades n'ont pu répondre à cette invitation, à cause du besoin pressant d'uriner qu'éprouvent sans cesse ceux qui

ont le malheur d'avoir une grosse pierre dans une petite vessie. Ainsi les fausses analogies, les inductions trompeuses tirées de l'anatomie sur la dilatabilité de la vessie, sur sa forme oblongue dans les jeunes sujets, tombent d'elles-mêmes quand on compare l'état naturel avec l'état morbifique. Une pierre est trop grosse pour pouvoir être extraite, en ouvrant la vessie par son col : il est possible d'ouvrir ce viscère au dessus du pubis et de proportionner l'incision au volume de la pierre. Tel est le motif principal qui détermine à faire dans ce cas l'opération de la taille hypogastrique.

Ceux qui ont fait plusieurs fois cette opération sur des enfants et sur des adultes dans lesquels la pierre étoit peu volumineuse, ont commencé, comme on vient de le dire, par injecter la vessie. Ensuite l'algalie étant ôtée et le malade situé horizontalement, un aide comprimoit l'urèthre avec ses doigts et tiroit la verge en la tenant baissée vers l'anus, sa main passée entre les cuisses du malade, afin de tendre la peau qui devoit être coupée au-dessus du pubis et de ne point gêner l'opérateur dans ses mouvements. On faisoit aux té-

guments une incision de trois à quatre pouces de longueur, entre les muscles droits et pyramidaux, on incisoit de bas en haut ou de haut en bas, la vessie jusque sous le pubis, et l'on retiroit par cette incision la pierre avec les doigts ou avec des tenettes.

En suivant ce procédé, on a reconnu que l'urine s'écoule d'abord en abondance et sans interruption par la plaie pendant les quinze ou vingt premiers jours. Les téguments du ventre, toujours mouillés par la présence de ce fluide, s'excorient, et ce n'est qu'avec difficulté qu'il reprend, même dans les jeunes sujets, sa route naturelle par l'urèthre. Si on laisse une sonde à demeure dans la vessie pour dévier et absorber l'urine, elle n'y passe qu'en très-petite quantité et continue de refluer par la plaie, parce qu'en effet il n'y a point de proportion entre la plaie du ventre et le diamètre d'une sonde ou du canal de l'urèthre. Quand la vessie contient du pus, du sang, des glaires ou des graviers, la sonde ne peut leur procurer une issue libre : elle irrite elle-même la vessie par sa présence et cause des douleurs inutiles au

malade. C'est d'après toutes ces considérations qu'il a paru nécessaire de faire d'abord une contre-ouverture au périné du côté gauche, en incisant non-seulement la partie membraneuse de l'urèthre, mais encore la totalité du col de la vessie, afin de rendre la pente plus déclive et l'issue plus libre au pus, aux glaires, et aux graviers. A l'aide de cette contre-ouverture, on introduit directement dans la vessie une canule droite de gomme élastique de quatre pouces de longueur et d'un demi pouce de diamètre, trouée latéralement vers son extrémité par deux grandes ouvertures oblongues qui plongent dans la vessie. L'expérience a encore appris que l'opération de la taille hypogastrique est d'autant plus facile à exécuter, que le sujet est maigre et la vessie ample. Mais comme il est impossible de la distendre par une injection quand elle est petite, épaisse et la pierre volumineuse, ce qui est le cas dont il s'agit présentement, et que d'ailleurs à raison de la contre-ouverture faite au périné cette injection ne seroit pas praticable, on a imaginé de se servir pour guider l'opérateur dans son travail d'une sonde à flèche

ou à dard, à l'aide de laquelle on perce aisément la vessie de dedans en dehors, après l'incision préliminaire des téguments et de la ligne blanche. Un cathéter qui seroit canelé dans sa partie convexe et concave et qui serviroit d'abord, étant introduit par l'urèthre, à faire avec un bistouri l'incision du périné et à marquer ensuite par son extrémité qui souleveroit la vessie de dedans en dehors, sans la percer, l'endroit où il faut l'inciser, sembleroit devoir suffir sans avoir recours à une sonde à dard. Mais l'expérience prouve que si une pareille sonde canelée suffit pour marquer l'endroit où il faut ouvrir la vessie au-dessus du pubis dans des jeunes sujets et dans ceux qui sont maigres, il est très-utile d'avoir une sonde à dard quand on opère des hommes qui ont beaucoup d'embonpoint, la vessie épaisse et située profondément. La perforation de ce viscère du dedans au dehors, à l'aide du dard ou de la flèche, contribue beaucoup dans cette circonstance à rendre l'incision de la vessie plus facile et plus sure (1).

---

(1) Voyez l'Ouvrage intitulé Nouvelle Méthode d'extraire la pierre au-dessus du pubis. *Paris*, 1779, in-12.

L'opération doit se faire de la manière suivante. Le malade situé horizontalement sur une table plus longue que large, comme dans l'opération de la taille latérale, le périné et le pubis étant rasés, on introduira un cathéter dans la vessie et l'on fera au périné du côté gauche une incision oblique de deux pouces de longueur, par laquelle on coupera toute la partie membraneuse de l'urèthre et le col de la vessie dans sa totalité. Cette incision faite, on introduira par la plaie et à l'aide du cathéter la sonde à dard jusque dans la vessie, et l'on en confiera le manche ou l'extrémité à un aide, puis on retirera le cathéter. Celui qui opère se placera ensuite du côté droit du malade et fera avec un bistouri droit une incision de trois pouces de longueur à la peau et au tissu cellulaire, sur la ligne blanche, entre les muscles droits. Pour que cette incision, dont l'étendue doit être proportionnée au volume du ventre, soit faite nettement et avec précision, l'aide qui retient avec une main l'extrémité de la sonde à dard dans la vessie, prendra la verge de l'autre main pour la tirer vers l'anus, afin de tendre la peau qui recouvre le pubis.

Un autre aide placé vis-à-vis l'opérateur, posera une de ses mains sur le ventre un peu au-dessus du nombril pour tendre et tirer la peau de bas en haut. L'opérateur appliquant sa main gauche sur l'hypogastre pour tendre la peau avec le pouce et le doigt du milieu, fera son incision de haut en bas, en la prolongeant jusque sur le pubis. On découvrira toujours la ligne blanche après avoir fait cette incision, lors même que le sujet a beaucoup d'embonpoint, si l'on se rappelle qu'elle décrit une ligne exactement droite depuis le nombril jusqu'au milieu de la symphise du pubis. C'est sur cette ligne droite qu'il faut faire l'incision, en prenant pour point fixe le nombril et la jonction cartilagineuse des os pubis. La peau et le tissu cellulaire étant incisés, on absorbera le sang avec une éponge pour voir l'intervalle des muscles droits. On se servira du même bistouri pour couper peu-à-peu dans cet intervalle la ligne blanche de haut en bas, en s'approchant du rebord du pubis. C'est en incisant du côté du nombril, qu'il faut prendre garde d'ouvrir le péritoine qui est extrêmement mince, surtout dans les petits

sujets

sujets. La ligne blanche incisée, l'opérateur prendra de la main droite le manche de la sonde à dard qui est introduite dans la vessie : il en approchera le bec ou la pointe un peu au-dessus du bord du pubis pour soulever la vessie et lui faire faire saillie de dedans en dehors. Le pouce et le doigt index de la main gauche introduits dans la plaie, il saisira entre ces deux doigts le bec de la sonde avec la portion de la vessie qui le recouvre : il prendra ensuite avec sa main droite le manche de la sonde qui répond au périné et poussera le bouton qui fait sortir le dard ou la flèche qui doit percer la vessie de dedans en dehors. La flèche ayant percé la vessie et étant sortie elle même de la longueur d'un pouce ou deux hors de ce viscère, on dévissera le dard qui est à l'extrémité de la flèche. Ensuite l'opérateur tenant de la main gauche cette extrémité de la flèche qui est cannelée, il la soulèvera, afin de tendre la vessie qu'il incisera dans sa partie antérieure avec son bistouri droit de haut en bas, et le plus avant qu'il sera possible, sous le pubis. La vessie étant suffisamment incisée, il portera le doigt index de sa main

gauche dans la cavité de ce viscère pour le soulever et l'entrouvrir du côté de l'angle supérieur de la plaie, tandis que l'aide retirera par l'incision du périné la sonde à dard. Portant ensuite le doigt indicateur de la main droite dans la vessie, il tâchera de reconnoître le volume, la figure et la situation de la pierre dont il fera l'extraction avec ses doigts ou avec des tenettes, selon les circonstances.

La pierre est plus ou moins facile à extraire, selon qu'elle est mobile ou enkistée, très-grosse ou d'un volume médiocre, selon que le sujet a plus ou moins d'embonpoint, d'où résulte le plus ou le moins de profondeur de la plaie. Dans les sujets maigres, et quand la pierre n'est pas très-grosse, on peut l'extraire avec ses doigts et on l'a souvent extraite ainsi, sans éprouver de difficulté. On en facilite l'extraction, en portant un doigt dans le rectum ou dans le vagin, afin de la soulever et de lui faire faire saillie. En pareil cas, on se sert de tenettes droites ou courbes, de la curette ou du crochet lithotomique, selon les circonstances.

Quand la pierre est enkistée, l'extraction

n'en est pas facile. Elle l'est cependant beaucoup plus, la vessie étant ouverte au-dessus du pubis, que lorsqu'on a fait au périné l'opération de la taille latérale. Dans ce dernier cas, la pierre est ordinairement extraite avec violence, ou plutôt arrachée à l'aide des tenettes. Les injections émollientes faites dans l'intention d'exciter la supuration du kiste et de détacher la pierre, ont toujours été inutiles. Si, comme on l'a conseillé, on porte un scalpel ou tout autre instrument tranchant par la plaie du périné dans la vessie, pour inciser le kiste que l'on ne voit point, non seulement on agit au hasard, mais encore on éprouve la plus grande difficulté à se servir méthodiquement d'un instrument dont on ne voit point le jeu. On opère en aveugle et à taton. Soit donc que la pierre soit arrêtée dans l'embouchure de l'un des uretères où elle fait une saillie plus ou moins grande dans la cavité de la vessie, soit qu'elle soit contenue dans une poche ou cellule derrière le pubis ou dans tout autre endroit de la vessie, et plus ou moins recouverte par la membrane qui forme le kiste, dans tous ces cas, l'opération de la taille hypogastrique est indiquée.

En effet, et si l'on se donne la peine de lire les observations qu'on a publiées sur les pierres enkistées dans la vessie, et pour lesquelles on a fait l'opération de la taille latérale, on trouvera que presque tous les malades, peu de jours après avoir subi cette opération, sont morts victimes des efforts ou des tentatives inutiles qu'on a faites pour ôter par le périné la pierre qu'on a souvent été obligé de laisser dans la vessie, parce qu'il étoit impossible de l'extraire par cette voie. Au contraire, en opérant au-dessus du pubis, on voit et on touche la maladie elle-même, et l'on peut y remédier beaucoup plns efficacement que par l'opération latérale.

La pierre étant extraite, on introduit par la plaie du périné et jusque dans la vessie, la canule de gomme élastique. Il est nécessaire que cette canule soit un peu grosse et ait pour un adulte le diamètre indiqué, afin d'absorber l'urine qui, sans cet artifice reflueroit par la plaie du ventre aù lieu de sortir en partie par celle du périné. On fixera la canule en passant par les anneaux qui sont près de son orifice de gros fils ou de très-petits rubans que l'on con-

duira l'un devant et l'autre derrière la cuisse pour être collés à la région de l'os des iles gauche, avec un emplâtre agglutinatif, tel que celui de Diachylon, ou celui d'André de la Croix. Quand on n'a pas suffisamment coupé le col de la vessie, la canule produit au malade de la douleur et devient une cause déterminante d'engorgement des testicules. Il faut donc que la plaie du périné soit assez grande pour que cette canule, malgré son volume, puisse être introduite et ôtée librement, sans irriter l'urèthe et le col de la vessie. On la débouchera de temps en temps avec un stilet : on la retirera pour la nétoyer, sans qu'il soit nécessaire d'avoir un instrument particulier, ou d'employer un procédé quelconque pour l'introduire de nouveau dans la vessie. Il suffit de la graisser avec un peu de cérat ou de la tremper dans de l'huile, pour qu'elle entre aisément dans la plaie.

Quand à celle du bas-ventre, on ne doit point tenter d'en maintenir les lèvres rapprochées avec des bandes d'emplâtre agglutinatif. L'urine qui sort en abondance, mouilleroit et détacheroit ces emplâtres. Il suffit d'appliquer un linge fin sur la plaie

et de mettre par-dessus de la charpie sèche ou des étoupes qui absorberont l'urine. Ce appareil maintenu par le bandage de corps, doit être renouvellé pendant les premiers jours très-souvent, c'est-à-dire cinq à six fois dans l'espace de vingt-quatre heures. Ce pansement qui n'est que de propreté, empêche que l'urine, en se répandant sur le ventre, ne l'excorie. La fièvre survient ordinairement au bout de vingt-quatre heures. Dès le lendemain de l'opération, la plaie du ventre est déjà très-retrécie, et l'urine coule en partie par cette plaie et par celle du périné. Vers le quatrième ou cinquième jour, la plaie du ventre commence à supurer, ce qui n'exige point un traitement particulier. On continuera de se servir de charpie sèche pour la recouvrir, sans chercher à en rapprocher ou à en réunir les bords par l'application des emplâtres agglutinatifs, la réunion se faisant d'elle-même par laps de temps. L'inflammation qui survient à la vessie et aux parties qui l'environnent, est la cause de l'adhérence de ce viscère avec ces mêmes parties, ce qui s'oppose à l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire. A mesure que la

guérison s'opére, la vessie se contracte, s'applatit et se déforme par l'irritation, quelque légère qu'on la suppose, que produit la canule sur le col de ce viscère. On la retirera et on lui substituera une sonde de gomme élastique introduite par l'urèthre, lorsque la cure sera un peu avancée. Elle s'obtient ordinairement dans l'espace d'un mois ou de six semaines, plutôt ou plus tard, en raison de l'état de la vessie, de la constitution du malade et de l'ancienneté de la maladie. Si pendant l'opération, la cloison que forme le péritoine, a été ouverte par l'instrument tranchant ou s'est déchirée à raison de sa ténuité, par les efforts, les cris et les agitations du malade, ensorte qu'une petite portion d'intestin se soit présentée vers l'angle supérieur de la plaie, la reduction s'en fait d'elle-même, la situation horizontale que garde le malade pendant la cure y contribue, et lorsqu'elle est terminée, il n'en résulte point nécessairement une hernie ventrale.

Malgré tous les succès qu'on a obtenus en suivant le procédé que je viens d'indiquer, on ne doit cependant pas en conclure que l'on puisse opérer indistincte-

ment et avec avantage tous ceux qui ont une très-grosse pierre dans la vessie. Il est des individus en faveur desquels l'art ne peut absolument rien et que l'on dévoueroit à une mort prompte et certaine en les opérant même avec méthode et dextérité. Une pierre est quelquefois si grosse qu'elle remplit complettement la vessie qui lui sert comme d'enveloppe ou de Kiste. Comment introduire des instrumens dans un viscère dont la cavité n'existe plus ? Il est tellement adhérent à toute la surface de la pierre, qu'il est impossible d'en faire l'extraction sans le déchirer. En pareil cas les malades rendent leurs urines involontairement : la vessie n'ayant plus d'action ni pour expulser, ni pour retenir ce fluide qui s'écoule continuellement par un sillon plus ou moins profond qu'il se creuse lui-même sur la surface antérieure de la pierre. Quelquefois les douleurs sont médiocres et supportables. Mais la vessie devenue fongueuse et dont les vaisseaux sont variqueux ressemble au premier coup d'œil par son épaisseur à l'utérus. Les inégalités de la pierre, ses petits tubercules correspondent et s'implantent dans les vuides ou cellules que

présente l'intérieur de la vessie. En pareil cas, on ne peut extraire la pierre qu'en déchirant les vaisseaux sanguins d'où résulte une hémorraghie qui est suivie elle même de l'inflammation de la vessie et d'une suppuration qui fait périr le malade. Pour faciliter l'extraction d'une pareille pierre, on a proposé de se servir d'un forceps à deux branches semblable à celui dont on se sert dans les accouchemens difficiles. On applique d'abord une des branches de la tenette et ensuite l'autre branche du côté opposé, afin de saisir la pierre et de la détacher, ce qu'on ne peut faire que lorsqu'elle n'est pas adhérente à tout l'intérieur de la vessie. Dans le cas contraire, la maladie est supérieure à toutes les ressources de l'art, et il y auroit de l'imprudence à en entreprendre la cure. En effet il est des pierres si volumineuses, ou tellement implantés dans les fongosités de la vessie, qu'on ne doit pas tenter d'en faire l'extraction, même par l'opération pratiquée au-dessus du pubis.

Quant à celles qui sont enkirtées, elles doivent toujours être extraites par le haut appareil, lorsque la douleur devient une

cause déterminante de l'opération. Car si le malade n'éprouve que peu ou point de douleur, on ne doit point s'exposer aux risques d'une opération grave dont il faut toujours péser, avant que de la faire, les avantages et les inconvénients.

CHAPITRE XXII.

De l'Opération de la Taille dans les femmes.

L'OPÉRATION de la taille se fait plus rarement sur les femmes que sur les hommes, parce que chez elles le canal de l'urethre est court, est droit et susceptible d'une grande dilatation. De plus, le col de la vessie offre moins de résistance que dans l'homme et elles n'ont point de glande prostate. Il résulte de cette disposition des parties qu'une pierre lisse et polie, d'un petit volume, d'une forme ronde, ou oblongue peut aisément être expulsée dans la femme par un jet d'urine, sur-tout si pendant l'évacuation de ce fluide, le corps est courbé en devant et comme en prosternation, afin que la pierre tombe directement dans le

col de la vessie. Non-seulement l'expérience prouve que de petites pierres ont été souvent ainsi expulsées par un flot d'urine, mais des observations multipliées prouvent encore que des femmes ont rendu spontanément et par les seules forces de la nature de grosses pierres du poids de deux, de trois et même de quatre onces. La sortie de ces pierres se fait très-lentement et comme par une espèce d'accouchement, le col de la vessie et l'urethre ne se dilatant que par des dégrés insensibles; la pierre en s'engageant dans l'orifice par son petit diamètre n'est quelquefois entièrement expulsée que dans l'espace d'un an et plus. Pendant tout le temps que dure ce travail, la femme éprouve des douleurs atroces et lorsqu'elle est enfin délivrée du corps étranger qui la tourmentoit, il lui reste une incontinence d'urine qui subsiste pendant toute la vie maladie dégoutante et pour laquelle on n'a point encore trouvé un moyen mécanique à l'aide duquel on puisse remédier à cette indisposition avec autant de succès que dans l'homme.

Cette sortie spontannée d'une pierre hors de la vessie de la femme a fait croire à la

plupart des praticiens qu'il seroit utile de dilatèr l'urethre et le col de la vessie pour faire l'extraction de ce corps étranger. On s'est servi de différents instruments dilatateurs à deux ou à trois branches avec lesquels on a dilaté l'urethre. D'autres après avoir introduit une sonde canelée dans ce canal, ont porté successivement dans la canelure de la sonde un conducteur mâle et ensuite un conducteur fémelle dont ils se sont servis comme de deux léviers avec lesquels ils ont dilaté et déchiré le canal de l'urethre jusqu'au point d'introduire ensuite dans la vessie un gorgeret et une tenette pour saisir la pierre et en faire l'extraction. Indépendamment des accidents qui ont été le résultat de la contusion et du déchirement de l'urethre, les femmes ainsi maltraitées ont encore eu une incontinence d'urine plus ou moins considérable, selon que la dilatation avoit été plus ou moins grande : cette incontinence ayant toujours lieu après la dilatation du col de la vessie faite dans un long ou dans un court espace de temps. On se détermina à inciser une partie du canal de l'urethre, pour faciliter l'introduction des instruments, mais on

n'osa point couper le col de la vessie. On continua de le dilater, comme on l'avoit toujours fait dans l'homme, en pratiquant le grand appareil, dans la fausse persuasion qu'il valoit mieux le dilater que de l'inciser et parce qu'on craignoit en le coupant qu'il n'en résultât une incontinence d'urine. D'ailleurs en incisant seulement l'urethre, on avoit toujours la crainte d'inciser en même tems le vagin.

Flurant, praticien de Lyon, proposa d'inciser transversalement le col de la vessie et l'urethre de dedans en dehors et des deux côtés en introduisant dans la vessie une espèce de siringotome à deux branches qui sortent d'une gaine, ou d'une tige d'acier, comme la lame tranchante du lithotome caché sort de sa gaine, quand on appuye sur la bascule. Cet auteur ne s'étant point servi de son instrument sur le vivant, et n'ayant fait que des essais sur des cadavres, l'expérience n'a point encore prononcé en sa faveur. Je n'ai vu aucun praticien s'en servir. D'ailleurs une double incision de l'urethre et du col de la vessie paroit être absolument inutile, du moins quand la pierre n'est pas volumineuse. Il suffit dans ce cas

de se servir d'un gorgeret tranchant. La femme étant située horisontalement, les jambes et les cuisses écartées et fléchies, on introduira dans la vessie une sonde canelée très-peu courbée, ou presque droite et qui n'aura pas à son extrémité une vive arrête ou cul-de-sac. Le chirurgien en élèvera un peu le manche, ou la plaque qu'il tiendra de sa main gauche. Il portera dans la canelure de ce catheter un gorgeret tranchant d'un seul côté. Ce gorgeret doit être plutôt plat queconcave, sa pointe ne sera point obtruse, mais tranchante et son bec sera très-peu relevé. On poussera en droite ligne ce gorgeret dans la canelure de la sonde, afin d'incirer nettement de dehors en dedans l'urethre et le col de la vessie, du côté gauche, ce qui s'exécute en un instant et très aisément. On ôtera ensuite le catheter, on portera le doigt index sur le gorgeret jusque dans la vessie pour en dilater un peu le col, on introduira une tenette proportionnée à l'âge du sujet à l'aide du gorgeret, on retirera le gorgeret en ligne droite, on chargera la pierre et l'on en fera l'extraction. C'est par ce procédé si simple que l'on vient à

bout d'extraire de la vessie des femmes des pierres d'un volume médiocre. L'opération faite, on met la malade à la diète pendant quelques jours, on la baigne, on lui fait prendre des boissons adoucissantes et l'on bassine fréquemment la vulve avec de l'eau de guimauve tiède. La cure est ordinairement terminée dans l'espace de quinze jours. Mais quand la pierre est volumineuse, ou quand elle est large et applatie de manière à ne pouvoir franchir le détroit de l'arcade du pubis, il faut nécessairement pratiquer l'opération de la taille hypogastrique. Dionis est un des premiers qui ait senti la nécessité de faire cette opération. Voici les paroles de cet auteur : « De toutes les femmes » qu'on taille, il y en a plus des trois » quarts à qui il reste un écoulement involontaire d'urine, sur-tout de celles » dont on a tiré une grosse pierre. Cet accident est immanquable par la trop grande » dilatation qui force et rompt le ressort » des fibres de l'urethre et du sphincter. » Si on pouvoit tirer la pierre par le haut » appareil, on éviteroit cette incommodité: » mais je n'ose pas la conseiller avant que » d'en avoir vu plusieurs expériences.

» Toutesfois comme ce moyen a pu réussir » à des hommes, je ne doute point qu'il « ne convienne aussi aux femmes. Il seroit » donc à souhaiter que ceux qui sont dans » un usage ordinaire de tailler, fissent des » essais de cette pratique sur des sujets » privés de vie, qu'ils se hazardassent de » le tenter sur des femmes qu'ils croiroient » ne pouvoir être délivrées que très diffi- » cilement et avec beaucoup de danger » par le grand et le petit appareil toujours » plus pénible aux malades que le haut » appareil.

Le conseil de Dionis a été suivi. On a fait des essais qu'on a multipliés. Il en résulte que lorsqu'une femme a une pierre un peu grosse dans la vessie, on doit en faire l'extraction par le haut appareil. Cette opération a presque toujours un heureux succès dans la femme, et elle est en même-temps moins compliquée dans l'homme, à raison de la configuration des parties. Je vais en rapporter un exemple.

Une petite fille âgée de cinq à six ans, portoit depuis long temps une pierre dans sa vessie, ce dont il étoit facile de s'assurer par l'introduction de la sonde. Après avoir préparé

préparé cette enfant par les remèdes généraux, je me déterminai à lui faire l'opération de la taille par l'urèthre, en me servant d'un gorgeret tranchant. L'enfant étant située horizontalement, une sonde d'acier presque droite fut introduite dans la vessie. Je portai dans la canelure de cette sonde un petit gorgeret tranchant d'un seul côté et très peu concave. Cet instrument ayant incisé l'urèthre et le col de la vessie, j'introduisis une tenette avec laquelle je saisis promptement la pierre. Il me fut impossible de l'extraire à raison de son volume, le rapprochement des os pubis y mettoit un obstacle insurmontable. J'essayai de la casser, ce que je ne pus faire, tant elle étoit dure. Je la chargeai en différents sens, mais toujours son volume mit obstacle à son extraction. Je me décidai à faire sur-le-champ l'opération de la taille hypogastrique. J'introduisis dans la vessie la sonde à dard, ou à flèche, que je fis tenir par un aide. Ensuite, me plaçant du côté droit de la malade, j'incisai de haut en bas, et jusque sur le pubis, les téguments du bas-ventre avec un bistouri droit, en suivant l'intervalle des muscles droits : la ligne blanche

étant incisée, je perçai la vessie de dedans en-dehors en poussant le bouton de la sonde à dard, et je l'ouvris ensuite de haut en bas jusque sous le pubis, en me servant d'un petit bistouri droit. Le doigt index de ma main gauche porté dans la vessie vers l'angle supérieur de la plaie, fit l'office d'un crochet suspenseur de ce viscère. La sonde ôtée, et la vessie ouverte, je fis très-aisément l'extraction de la pierre avec mes doigts. Elle étoit plate, circulaire, très-dure, et du poids d'une once. Pendant l'opération, j'apperçus vers l'angle supérieur de la plaie, une petite portion d'intestin grêle de la longueur d'un pouce. Les cris et les agitations de cet enfant pendant que je l'opérois, ont contribué à la sortie de cette portion d'intestin à travers la cloison du péritoine, qui, sans avoir été ouverte par l'instrument tranchant, s'est déchirée à raison de son extrême ténuité. Il n'en résulta pourtant pas le moindre accident. L'opération faite, j'introduisis par l'urèthre, dans la vessie, une canule de gomme élastique pour dévier les urines par la voie naturelle. Mais pendant les trois ou quatre premiers jours, elles s'écoulèrent totale-

ment par la plaie du bas-ventre qu'il étoit nécessaire de panser plusieurs fois par jour, afin d'éviter la malpropreté et l'excoriation de la peau. La plaie étoit couverte d'un linge sur lequel j'entassois de la charpie sèche pour absorber l'urine. Le tout étoit maintenu par un bandage de corps. Vingt-quatre heures après l'opération, il survint un peu de fièvre qui cessa d'elle-même : le ventre ne fut ni tendu, ni douloureux. Dans l'espace de trente-six heures, la plaie fut visiblement retrécie, et les mêmes pansements furent continués pendant tout le temps de la cure. Le cinquième ou sixième jour, la suppuration s'établit, et les urines sortirent abondamment par la canule introduite dans l'urèthre. Elles continuèrent de sortir en même-temps par ce canal et par la plaie du ventre, pendant plus de quinze jours. Enfin, la canule, qui peut-être irritoit un peu la vessie devenue trop étroite et applatie, ayant été ôtée, la plaie du ventre s'est complètement cicatrisée dans l'espace d'un mois. J'ai revu cette petite fille environ un an après sa guérison. La cicatrice du ventre étoit très-solide et très-enfoncée, sans la moindre apparence de her-

nie. L'incontinence d'urine qui avoit eu lieu d'abord à cause de la distension du col de la vessie dans la première tentative faite pour extraire la pierre, a diminué peu-à-peu et d'elle même.

Lorsque la vessie contient une ou plusieurs pierres, et forme en même temps par le vagin une hernie assez volumineuse pour se prolonger jusqu'au dehors de la vulve, il convient alors de faire plutôt l'extraction de la pierre, en incisant longitudinalement la tumeur elle-même, c'est-à-dire le vagin et la vessie, que d'opérer au-dessus du pubis, ou par le canal de l'urèthre, qui est quelquefois dévié jusqu'au point de ne pouvoir plus permettre l'introduction d'une sonde dans la vessie. Dans ce cas particulier, le procédé à suivre est clairement indiqué par la nature et par les circonstances de la maladie. Tantôt la hernie de vessie produite par le renversement de l'utérus, n'est plus réductible : et tantôt la vessie forme seule dans le vagin une tumeur assez sensible pour qu'on puisse la fixer avec le doigt, et faire ensuite avec facilité sur la pierre, une incision suffisamment grande pour l'extraire. Quelques observa-

tions prouvent que dans ces deux cas, cette espèce de lithotomie a été faite avec succès.

Enfin, une pierre peut être engagée par laps de temps dans le col de la vessie, et ne pouvoir plus être repoussée dans la cavité de ce viscère. Si elle est trop grosse, il en résulte une tumeur fixe, invariable, et très-sensible au toucher dans un vagin distendu par plusieurs accouchements. Le vagin lui-même, le col de la vessie et l'urèthre peuvent être usés et ulcérés par l'enclavement de la pierre, par son volume et par ses aspérités. En pareil cas, on a ouvert la tumeur et tiré la pierre par le vagin. Mais il ne faut pas conclure de ce fait rare et insolite, qu'on doive, comme Méry et Bussière l'ont proposé, faire indistinctement à toutes les femmes l'opération de la lithotomie par le vagin. Voici comment Méry conseilloit de procéder dans cette opération.

« Qu'on introduise dans la vessie de la « femme une sonde canelée semblable à » celle que l'on introduit dans la vessie de » l'homme : qu'avec la partie convexe de » sa courbure, on abaisse la partie du » vagin sur laquelle porte l'extrémité du » corps de la vessie et le commencement

» de l'urèthre qui lui est joint, et qu'on
» fasse une incision sur la partie du vagin
» qui se présente sur la rainure de la sonde,
» on entrera dans la vessie sans aucune dif-
» ficulté, et on évitera de blesser l'urèthre;
» pour peu qu'on coupe profondément dans
» le vagin. Par ce moyen, faisant passer
» la pierre par le vagin, on la tirera par la
» partie la plus large de l'angle que for-
» ment les os pubis par leur union. Ce
» moyen, qu'on peut aussi employer dans
» les filles, est donc plus sûr et moins dou-
» loureux que celui dont on se sert en in-
» cisant l'urèthre; car, quoiqu'on perce le
» vagin, on n'y fait néanmoins qu'une plaie
» qui n'a tout au plus que deux lignes de
« profondeur. D'ailleurs, le moyen que je
» propose me paroît encore plus avanta-
» geux que la méthode de tirer la pierre
» par l'urèthre, puisque ne touchant point
» à son canal, ni au sphincter de la vessie,
» on doit éviter l'incontinence d'urine qui
» suit presque toujours l'opération ordi-
» naire par laquelle on détruit le plus sou-
» vent les fibres musculeuses du sphinc-
» ter (1) ».

---

(1) Observation sur la manière de tailler dans les deux sexes, chap. 4. p. 30.

Bussière en admettant avec Méry qu'on peut pratiquer l'opération de la taille par le vagin, ſait cependant la distinction suivante. Si la pierre est petite, dit-il, il faut l'extraire par l'urèthre, selon la méthode ancienne et vulgaire. Mais si elle est très-grosse, il vaut mieux introduire les doigts dans le vagin, amener la pierre aussi près qu'il est possible du col de la vessie, et inciser le vagin et la vessie sur la pierre. C'est ainsi, ajoute-t il, que j'ai opéré avec succès une femme qui avoit une pierre du poids de cinq onces et demi. D'ailleurs, on prévient par ce procédé l'incontinence d'urine (1).

En incisant la partie supérieure du vagin et le col de la vessie, on doit nécessairement produire une dilacération dans ces parties lors de la recherche et de l'extraction de la pierre quand elle est mobile, et pour peu qu'elle soit volumineuse. Il est possible que l'incontinence d'urine soit encore le résultat de cette opération assez difficile à exécuter, indépendamment des autres accidents qui naissent de l'inflammation et

(1) *Philosoph. transaction. ann.* 1699. *p.* 100.

de la contusion de la vessie et du vagin. On a conseillé de tailler les femmes au-dessus du pubis quand la pierre est grosse, afin d'avoir une voie suffisamment large pour l'extraire, et de s'opposer à l'incontinence de l'urine : et c'est en effet le seul moyen de l'éviter. La pierre est-elle petite? on doit l'extraire par le canal de l'urèthre dont la longueur est de cinq à six lignes, en l'incisant transversalement, ainsi que le col de la vessie. Il n'y a donc indication pour ôter la pierre par le vagin, que dans les cas particuliers qui ont été indiqués ci-dessus.

CHAPITRE XXIII.

De l'extraction de la Pierre qui est dans l'urèthre.

Une, ou plusieurs petites pierres contenus dans la vessie, peuvent en sortir avec l'urine et s'arrêter : 1°. dans la partie membraneuse et bulbeuse de l'urèthre. 2°. Dans le milieu de ce canal. 3°. Près l'ouverture du gland dans la fosse naviculaire. La douleur, la difficulté d'uriner, et quelquefois

même l'impossibilité de satisfaire ce besoin pressant, sont les suites inévitables de cet accident.

Si la pierre s'arrête dans la bulbe de l'urèthre et y grossit peu-à-peu par son séjour, elle s'oppose enfin en augmentant de volume à la libre sortie de l'urine. De-là l'ischurie, qui fait périr promptement le malade, si l'on ne se hâte de faire l'extraction de ce corps étranger. Pour peu que l'on diffère d'exécuter cette opération, l'urèthre et le col de la vessie s'enflamment, la partie bulbeuse ou membraneuse se crève, le périné se tuméfie, l'urine contenue dans la vessie s'infiltre par la crévasse de l'urèthre dans le tissu cellulaire du scrotum et du périné, et le malade meurt de gangrene. On évite tous ces accidents, et l'on y remédie avant qu'ils aient été portés à un dégré aussi considérable, en faisant, par une incision méthodique, l'extraction de la pierre qui retient l'urine dans la vessie. Pour cet effet, le malade étant situé comme dans l'operation de la taille, on introduira un catheter jusqu'à l'endroit où l'on sent la pierre : en supposant qu'il ne puisse pas pénétrer jusque dans la vessie, on fera au

périné, du côté gauche, entre le muscle ischio-caverneux et le bulbo-caverneux, une incision d'environ deux pouces de longueur aux téguments; on incisera ensuite l'urèthre, et l'on fera avec des pincettes à pansement ou avec une curette, l'extraction de la pierre. La plaie pansée superficiellement se guérit ordinairement d'elle-même dans l'espace de quelques jours, sans qu'il soit nécessaire d'introduire dans la vessie une sonde de gomme élastique, pour rappeller l'urine par la voie naturelle.

Quelques auteurs ont dit qu'en pareil cas on devoit faire l'opération de Celse, vulgairement nommée le petit appareil, c'est-à dire, qu'il falloit introduire deux doigts dans l'anus, afin de rendre, autant qu'il est possible, la pierre saillante au périné, et inciser en même-temps paralèllement au raphé, et sans sonde, la tumeur qui est plus ou moins apparente. Mais l'expérience journalière apprend que dans le cas dont il s'agit, on opère plus méthodiquement et plus facilement avec un bistouri droit et un cathéter, qu'en incisant le périné sans guide, et au hasard d'ouvrir le rectum après avoir introduit deux doigts dans l'a-

nus, pour rendre saillante à l'extérieur une pierre souvent peu volumineuse. Elle l'est quelquefois si peu, qu'elle ne s'oppose point absolument à l'introduction de la sonde dans la vessie. Pourquoi donc feroit-on avec incertitude l'opération du petit appareil, tandis qu'à l'aide de la sonde il est si facile d'inciser l'urèthre, sans fatiguer le malade par l'introduction des doigts dans l'anus? S'il est un cas dans lequel on peut faire à peu-près ce que l'on nomme l'opération du petit appareil, c'est lorsque la pierre étant très-volumineuse et hors du canal de l'urèthre, forme au scrotum ou au périné une tumeur très-apparente. Il suffit alors d'inciser les tégumens qui recouvrent la pierre pour en faire ensuite l'extraction, qui est très-facile. Il y a en effet plusieurs observations, qui prouvent que ceux qui ont déjà subi l'opération de la taille, et qui ont continué de rendre encore, après l'avoir subie, des sables ou des graviers par l'urèthre, sont exposés, s'il reste dans ce canal un point foible, ou la plus petite fistule, à avoir consécutivement une tumeur au périné, produite par une pierre

placée dans le tissu cellulaire et hors de l'urèthre. Cette pierre n'est dans son principe, qu'un gravier, qui, en passant dans l'intérieur de l'urèthre par la fistule subsistante, s'est réunie avec d'autres pour former peu-à-peu, et par laps de temps, une pierre d'un volume plus considérable. On a encore observé la même tumeur dans ceux qui, sans avoir été taillés, avoient eu pour cause accidentelle une forte contusion au périné et à l'urèthre. On a même vu des malades, qui, sujets à la gravelle, mais sans avoir souffert aucune lésion à l'urèthre, ont eu une semblable tumeur au périné, occasionnée par une pierre, qui, arrêté d'abord dans le bulbe, l'a dilaté et ulcéré peu à-peu, et passé ensuite en partie hors du canal dans le tissu cellulaire pour y grossir. Aussi, l'expérience apprend-elle qu'après avoir incisé les téguments qui recouvrent la tumeur, on trouve une ou plusieurs pierres logées dans différentes cavités qu'elles se sont faites dans le tissu cellulaire du périné, et qui leur servent comme de kistes. Il en résulte, après l'extraction du corps-étranger, tantôt un ulcère simple qui se cicatrise de lui-

même, tantôt un ulcère large et profond qui exige une longue détersion ; et enfin, une fistule incurable, lorsqu'il y a eu à l'urèthre une déperdition de substance qu'il n'est pas au pouvoir de l'art de réparer.

La conoissance des causes indiquées ci-dessus, la lenteur avec laquelle la tumeur du scrotum ou du périné a pris son accroissement, sa dureté, la douleur qu'elle cause, la pesanteur qu'elle produit, la dysurie, l'écoulement des urines troubles, épaisses et graveleuses, forment un assemblage de signes par lesquels on peut reconnoître l'existence de la maladie. Quelquefois une sonde introduite par l'urèthre, passe jusque dans la vessie sans rencontrer d'obstacle, et d'autrefois on sent avec la sonde une pierre près le col de ce viscère. Dans les uns, les téguments qui recouvrent la tumeur sont sains et entiers. Dans d'autres, ces mêmes téguments sont rouges, enflammés, et la maladie se présente sous l'aspect d'un phlegmon très dur, qui entre en maturité. Les uns urinent librement, les autres ne peuvent uriner qu'avec douleur et difficulté. Enfin, cette maladie, qui est tou-

pour faciliter sa progression, et en la saisissant avec une petite curette, ou avec des pinces très fines. Si par tous ces moyens la pierre ne peut sortir, parce qu'elle est trop grosse, ou parce qu'elle a des aspérités qui la fixent dans l'urèthre, il faut pour l'extraire inciser ce canal. On renversera la verge sur le pubis, on tendra la peau avec le pouce et le doigt index de la main gauche, on l'incisera longitudinalement ainsi que l'urèthre, dans l'endroit même de la tumeur; puis, à l'aide d'une curette, ou même en comprimant le canal avec les doigts, on fera l'extraction de la pierre. La plaie simple qui résulte de cette incision, se guérit en très-peu de jours. On la recouvrira d'un peu de charpie sèche, que l'on fera tenir avec un emplâtre de taffetas gommé.

Lorsque la pierre est arrêtée dans la fosse naviculaire près la base du gland, il est presque toujours facile de l'extraire avec des pinces, ou avec une curette. Cependant, si l'orifice de l'urèthre au bout du gland étoit trop petit pour pouvoir saisir la pierre, il faudroit l'aggrandir par incision du côté du frein avec la pointe d'un bistouri. La

jours chronique, peut subsister pendant plusieurs années, jusqu'au point de donner à un petit gravier le temps de s'accroître, et de se changer en une pierre du poids de plusieurs onces.

L'indication consiste, comme on l'a déjà dit, à ouvrir la tumeur dans toute sa longueur, afin d'extraire la pierre, et à remédier ensuite, autant qu'il est possible, à la fistule de l'urèthre, en faisant porter au malade une sonde de gomme élastique.

On reconnoit qu'une petite pierre est arrêtée vers le milieu de l'urèthre par la douleur que le malade y ressent, par la difficulté qu'il éprouve à uriner, en touchant l'endroit où est fixé le corps étranger, qui devient sensible sous la peau, et par l'introduction d'une sonde ou d'un stilet. Si la pierre est lisse, oblongue et d'un très-petit volume, on en procure l'expulsion en injectant dans l'urèthre de l'huile d'amandes douces, en mettant le malade dans un bain tiède, en lui faisant prendre une grande quantité de boisson diurétique, afin que le jet de l'urine fasse avancer la pierre, en faisant sur l'urèthre de douces pressions

plaie dans ce cas, ainsi que dans le précédent, se guérit presque toujours d'elle-même, sans qu'il soit nécessaire de mettre une sonde dans la vessie pour s'opposer à la formation d'une fistule.

Fin du tome premier.

De l'Imp. d'And.-Aug. LOTTIN, au coin des rues d'Enfer et du Chevet Landry, Nos 3 et 5 en la Cité.

TABLE DES CHAPITRES CONTENUS DANS CE PREMIER VOLUME.

Fin de la Table des Chapitres du Tome premier.

EXPLICATION DES PLANCHES DU TOME PREMIER.

PLANCHE I[ere].

Figure 1. GORGERET tranchant vu d'un côté, tel qu'il est représenté dans le traité de chirurgie de Bell. Cet instrument a cinq pouces de longueur depuis A jusqu'à B. Son manche qui s'étend depuis B jusqu'en C, a trois pouces de longueur.

Figure 2. Le même instrument vu de front.

Figure 3. Le même instrument vu par derrière.

Figure 4. Coupe transversale du gorgeret.

Cet instrument a huit lignes de largeur à sa canelure, depuis D jusqu'en E. Sa partie tranchante, depuis D jusqu'en F, a un pouce de largeur. Le bec de cet instrument doit être exactement disposé pour glisser dans la canelure de la sonde. Il ne sert qu'à diviser la glande prostate et une petite

portion du col de la vessie. Sa largeur suffit pour produire cette division. La partie postérieure de ce gorgeret étant beaucoup plus étroite que celle des gorgerets ordinaires, il convient que celui-ci ait une épaisseur suffisante pour vaincre la résistance qu'il rencontre lors de son introduction dans la vessie. La coupe transversale de ce gorgeret, représentée *Figure* 4, indique l'épaisseur de l'instrument. Il ne doit pas avoir plus de trois pouces de longueur pour les enfans, depuis l'âge de trois ans jusqu'à sept. Mais pour ceux de sept ans jusqu'à l'âge de vingt, il doit avoir quatre pouces de longueur.

L'instrument tel qu'il est ici représenté, et dont le bord tranchant est tourné du côté gauche, ne pourroit servir qu'à celui qui voudroit faire avec la main gauche l'opération sur la partie droite du périné. Ainsi, ce tranchant doit être supposé à droite pour faire, selon l'usage, l'opération avec la main droite au côté gauche du périné.

PLANCHE II.

Figure 1. Grand troicart courbe revêtu de sa canule, destiné à faire la ponction de la vessie au dessus du pubis. A, manche de l'instrument. B, la canule d'argent qui renferme la tige d'acier du troicart. C, extrêmité triangulaire de la tige hors de sa canule et terminée par trois façettes pyramidales et tranchantes. D, le pavillon ou la plaque de la canule, ayant de chaque côté un trou qui

sert à passer un ruban de fil, pour retenir la canule en place après l'opération, quand le troicart est retiré. E, petit trou rond pratiqué sur l'extrémité antérieure, et du côté convexe de la canule.

Figure 2. Troicart sans canule. On voit, sur la convexité de sa courbure, une rainure depuis la base de la pyramide A, jusqu'au manche B.

Figure 3. Platine d'argent qui s'applique sur la canule du troicart, pour la maintenir en place après la ponction de la vessie. Cette platine est composée de deux plaques minces, terminées par deux charnons plats et ronds AA, BB; ce qui lui permet de s'ouvrir et de se fermer comme un compas. Ces branches ou plaques sont échancrées dans leur milieu C; ce qui forme, quand la platine est fermée, un trou rond dans lequel la canule du troicart est reçue. On voit sur la plaque supérieure deux crampons DD, formant de chaque côté une espèce de boucle, ou de coulisse destinée à laisser passer deux rubans de fil, pour attacher et fixer la platine au corps du malade. AB, vis de pression un peu convexe, qui s'introduit dans le trou B, pour ouvrir et fermer l'instrument dont les branches sont jointes par charnières à l'autre extrémité AB.

Figure 4. Le même instrument fermé et contenant la canule.

Figure 5. Crochet suspenseur de la vessie dans l'opération de la taille hypogastrique. RR, tige de l'instrument, laquelle a quatre pouces et demie de longueur. S, la plaque ou manche de l'instrument. T, anneau coudé à angle droit, d'environ neuf lignes de longueur. Cet anneau s'introduit sous l'angle supérieur de la plaie dans la vessie, pour la soutenir. Un aide tient ce crochet par le manche S. Cet instrument occupe moins de place que le doigt, et soutient la paroi supérieure de la vessie.

PLANCHE III.

Figure 1. Cette figure représente la sonde des anciens, telle qu'on la voit dans le Muséum de Portici, près Naples. Elle a été tirée des ruines de la ville de Pompeia. On remarque une ouverture ovale dans la partie concave de la sonde, vers l'extrémité qui s'introduit dans la vessie. L'autre extrémité n'est pas entière, à ce que je présume.

Figure 2. Fait voir l'ouverture de la sonde sur la partie concave.

Figure 3. Canule d'argent que l'on recouvre d'agaric, et qui sert pour remédier à l'hémorrhagie après l'opération de la taille.

Figure 4. Troicart courbe avec sa canule, pour faire la ponction de la vessie par le rectum.

Figure 5. Le même troicart, sans sa canule.

Figure 6. Sonde à dard ou à flèche, pour l'opération de la taille hypogastrique. A, le corps de la sonde qui est creuse. C, sa canelure. BD, l'extrémité de la flèche qui se dévisse en D. E, le bouton qui, étant poussé, fait sortir la flèche.

PLANCHE IV.

Figure 1. Instrument de Levret, garni de sa ligature, représenté ouvert, prêt à embrasser le pédicule du polype dans le fond du vagin.

Figure 2. Tuyau double, du même auteur, pour lier avec un fil d'argent les polypes du nez et de la gorge.

Figure 3. Instrument de David de Rouen, pour serrer à volonté la ligature faite aux polypes de la matrice.

Figure 4. Aiguilles, ou stilets d'acier, avec lesquels on fait la ligature des polypes de la matrice.

Fin de l'Explication des Planches du Tome premier.


Fig. 3.

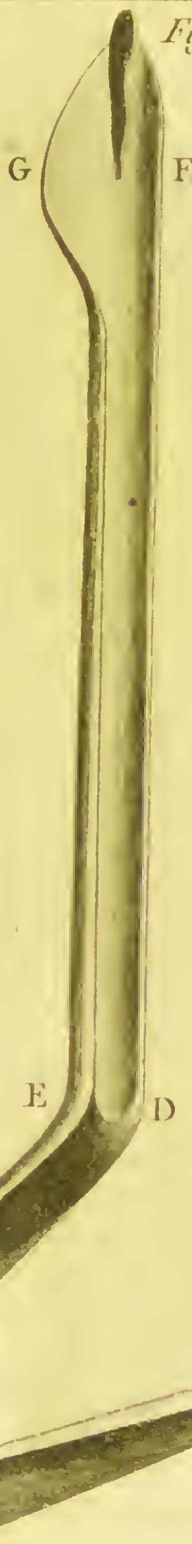
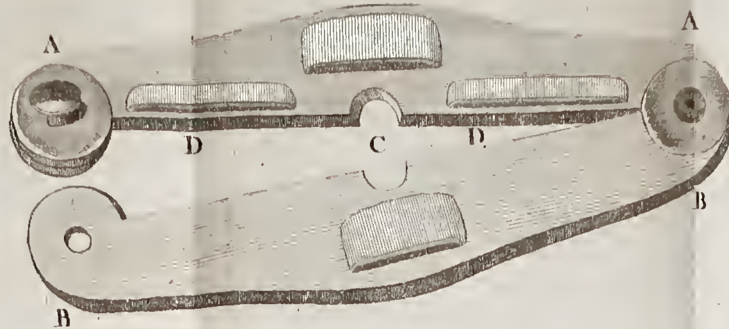

Fig. 2.
G
F

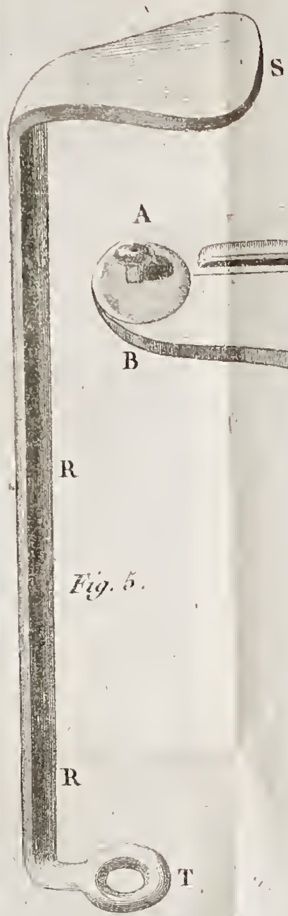

Fig. 1.
A

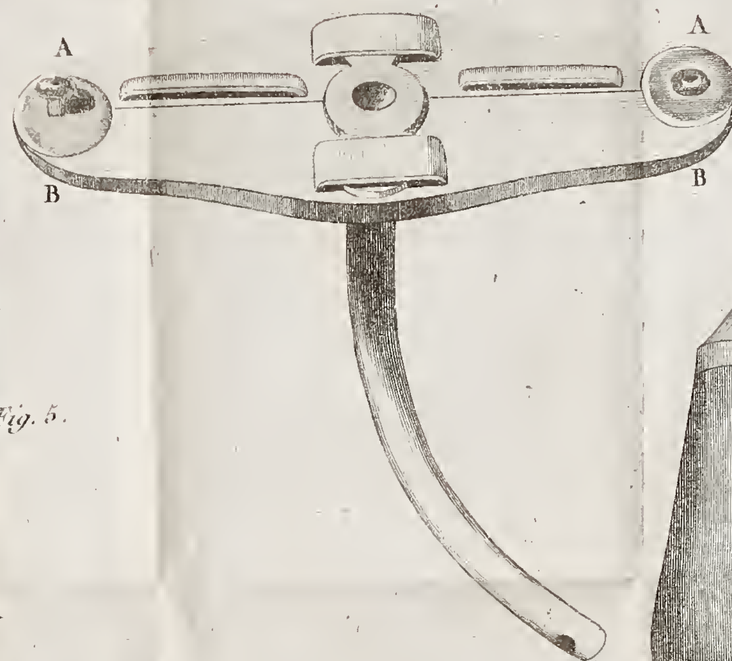

Fig. 4.


E
D
B
C


Fig. 3.
A
A
D
C
D
B
B


C
Fig. 1.
E


S
R
Fig. 5.
R
T


Fig. 4.
A
A
B
B

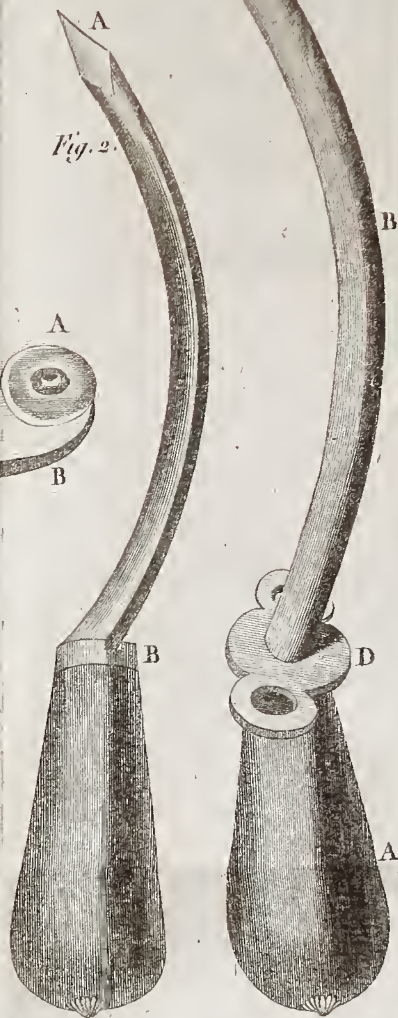

A
Fig. 2.
B
B
D
A

Fig. 6.

B

C

D

A

E

Fig. 2.



Fig. 1.



Fig. 3.





Fig. 5.

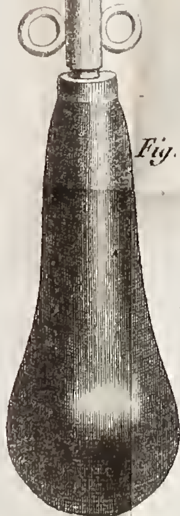


Fig. 4.

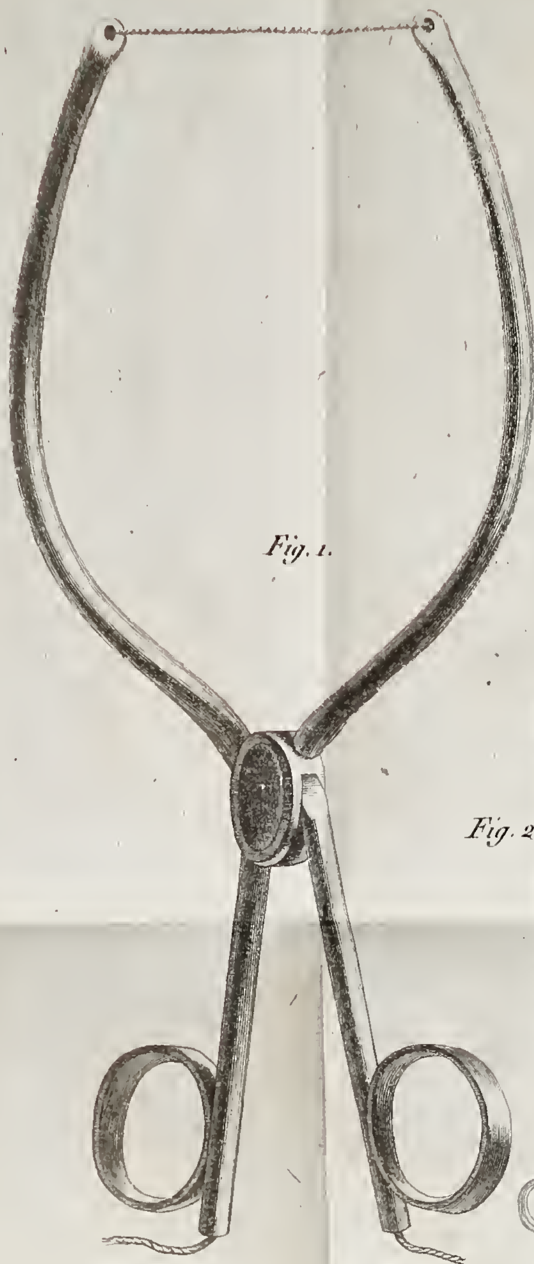

Fig. 1.


Fig. 2.


Fig. 4.

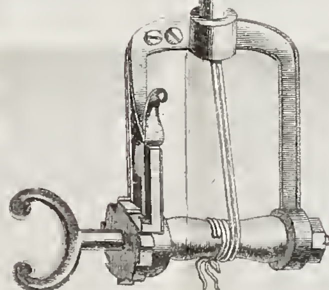

Fig. 3.

Fig. 1.



Fig. 2.

Fig. 4.



Fig. 5.

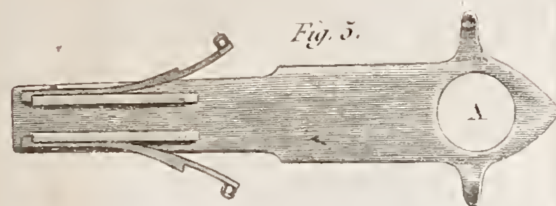


Fig. 6.

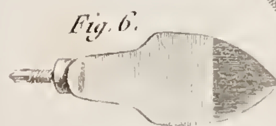


Fig. 3.

